

Reconstruction post-conflit des systèmes de santé

le cas de la RDC



> **06 octobre 2006**

à la Bibliothèque nationale de France
Site François-Mitterrand



RECONSTRUCTION POST-CONFLIT DES SYSTEMES DE SANTE LE CAS DE LA RDC

DISCOURS D'OUVERTURE

Dr Pierre MICHELETTI, président de Médecins du Monde	p 3
M. Pierre SCHAPIRA, adjoint au maire de Paris, député au Parlement européen	p 4
Dr Constantin MIAKA MIA BILENGE, secrétaire général à la Santé, ministère de la Santé de RDC	p 5
M. Jérôme PASQUIER, directeur général adjoint de la coopération internationale et du développement au ministère des Affaires étrangères	p 7
Dr Didier CANNET, responsable des missions en RDC, Mdm	p 9

ENJEUX POLITIQUES APRES LA TRANSITION

Modérateur : Dr Didier CANNET, responsable des missions en RDC, Mdm

> Panorama de la situation après les élections de juillet 2006 et identification des acteurs présents en RDC

Mme Colette BRAECKMAN, journaliste au Soir	p 11
M. Mwayila TSHIYEMBE, chercheur, directeur de l'Institut panafricain de géopolitique de Nancy	p 14
M. Jean-Claude WILLAME, Amnesty Belgique, professeur à l'Université catholique de Louvain	p 16
M. Michel GALY, anthropologue et politologue	p 17
<i>Discutant :</i> M. Jean-François PLOQUIN, secrétaire gal du COSI, secrétaire Réseau France Afrique centrale	

PANORAMA DE LA SITUATION SANITAIRE APRES LE CONFLIT

Modérateur : Dr Frédéric JACQUET, responsable de mission à Goma en RDC, Mdm

> Bilan humanitaire du conflit

M. Loïc AUBRY, IRC DR Congo Senior Primary Health Care Technical Advisor	p 25
Mme Aimée MWADY KADY, présidente de Society Women Against Aids	p 28
M. Dominique KABAMBA, directeur de l'Aide à l'Enfance Défavorisée, Kinshasa	p 29
<i>Discutant :</i> Dr Patrick HIRTZ, responsable mission au Liberia, Mdm	

> Rôle des différents partenaires du secteur de santé

Dr Constantin MIAKA MIA BILENGE, secrétaire général à la Santé, ministère de la Santé de RDC	p 32
Mme Kady KASAKARUME, secrétaire exécutive d'UWAKI-Maniema	p 35
Dr Denis MUKWEGE, gynécologue, hôpital de Panzi, Bukavu	p 37
<i>Discutant :</i> M. Philippe VINARD, expert, Alter Santé Internationale	

LES DEFIS DE LA RECONSTRUCTION DU SYSTEME DE SANTE

Modérateur : Dr Eric CHEVALLIER, directeur des opérations internationales, Mdm

> Vers un nouveau système de santé :

Les stratégies des institutions nationales et internationales

Dr Hyppolite KALAMBAY, directeur des études et de la planification du ministère de la Santé de RDC	p 41
Dr Philippe MAUGHAN, chef de secteur Afrique centrale, ECHO	p 44
Dr Jean-Pierre LOKONGA, administrateur national du programme de l'OMS en RDC	p 46
M. Martinus DESMET, attaché de Coopération Santé à l'ambassade de Belgique en RDC	p 47
M. Jean-Pierre MANSHANDE, task manager du projet RDC, Banque mondiale	p 49

Discutants : **M. Pascal BROUILLET**, AFD, division Santé, **Dr Didier MOLISHO**, député à l'Assemblée nationale de RDC, **Dr Almouner TALIBO**, coordinateur des programmes RDC, MdM

> **Rôle et place renforcement des dynamiques locales**

Modérateur : **M. Julius E. COLES**, président d'AFRICARE

Mme Anne-Marie MAMBOMBE MANKOY, coordonnatrice nationale du projet STEP en RDC (OIT) p 58

M. José BAU DIYABANZA, commissaire général de l'Atelier Théâtre'Actions, Kinshasa p 60

M. Jean-Pierre MWAKATITA KOKONIS, directeur de SYDEC, et coordinateur du Comité provincial/Equateur de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté en RDC p 62

Mme Géraldine ANSART, programme MIDA-Grands Lacs, OIM, bureau de Bruxelles p 64

M. Sefu Papa KAWAYA et **Mme Géraldine ANSART**, programme MIDA-Grands Lacs p 66

Discutants : **Mme Véronique AUBERT**, chercheuse RDC pour Amnesty International Londres et **M. Georges TSHIONZA MATA**, secrétaire général du SERACOB

RECOMMANDATIONS ET CLOTURE

Dr Pierre MICHELETTI, président de MdM p 70

DISCOURS D'OUVERTURE

Dr. Pierre MICHELETTI, Président de Médecins du Monde

Bienvenue à cette journée de travail consacrée à la Reconstruction du Système de Santé en République démocratique du Congo (RDC). La préparation de cette journée a été initiée, il y a maintenant un an, à l'initiative de mon prédécesseur Françoise Jeanson, alors Présidente de l'association. Je souhaite la remercier tout comme le noyau dur de gens qui ont énormément travaillé à la préparation de cette journée.

Je voulais vous décrire en introduction dans quel état d'esprit Médecins du Monde a abordé la préparation et la construction de cette journée.

Le premier point est d'abord **l'humilité**. L'humilité de ce que représente Médecins du Monde face à l'immensité de ce pays continent qu'est la RDC : 60 millions d'habitants. Nous sommes parfaitement conscients, pour travailler sur le terrain, de la complexité des problèmes et de l'immensité des besoins dans ce pays où l'espérance de vie est à peine supérieure à 50 ans, où un enfant sur 5 n'atteindra pas l'âge de 5 ans, où près de 4 millions de personnes sont mortes des conséquences des différents conflits armés récents. C'est dire la situation sanitaire à laquelle on est confrontés. Pour Médecins du Monde, l'organisation de cette journée est bien sûr complémentaire aux actions que nous menons sur le terrain. Elle n'a pas d'autre ambition que de jouer le rôle de **catalyseur et de facilitateur des acteurs et décideurs qui peuvent intervenir sur cette problématique complexe et immense**.

La deuxième posture dans laquelle se situe l'association est d'assumer complètement le **paradoxe** apparent qui consiste à ce qu'une ONG se responsabilise, s'intéresse, s'associe, à la reconstruction d'un système national de santé qui, par définition, laissera toute sa place aux institutions gouvernementales. Nous sommes une organisation non gouvernementale et nous le revendiquons fortement mais nous ne sommes pas une organisation anti gouvernementale. C'est une position constante de Médecins du Monde en France comme dans ses actions à l'international, chaque fois que faire se peut de **rappeler les Etats à leurs responsabilités et de revendiquer fortement la notion d'Etat de droit** que ce soit dans les politiques nationales ou internationales. Encore une fois, c'est la réaffirmation de notre

attachement au fait que nous considérons qu'il appartient aux politiques publiques d'être bien entendu un des responsables majeurs au service de l'équité sociale dans tous les domaines y compris celui de la santé. On aborde sans dogmatisme la place des différents acteurs et des politiques publiques. Durant cette journée on abordera par exemple la notion du recouvrement des coûts, qui fait beaucoup débat aujourd'hui. A l'égard de cette politique de recouvrement des coûts, nous sommes nous-mêmes dans une attitude assez pragmatique. On aura l'occasion d'entendre s'exprimer diverses positions à cet égard. Au fond ce qu'apporte Médecins du Monde en dehors de ce rôle de facilitateur, c'est la souplesse et la capacité d'innovation d'une association expérimentale qui par sa proximité et son adaptabilité, peut aider les différentes institutions à réfléchir au travail sur les questions de santé.

Troisième positionnement dans la préparation de cette journée : nous considérons bien sûr que **la santé est un outil idéal de construction sociale ou de médiation politique**. Pour être un peu caricatural, on peut considérer que toutes les parties hier en conflit ont un même intérêt à préserver la santé de leurs enfants, des femmes et d'avoir une attitude cohérente à l'égard des grandes épidémies ou endémies telles que le sida.

Travailler ou être associé à cette journée sur la reconstruction des systèmes de santé, c'est à la fois bien sûr **apporter une contribution aux actions de terrain, à sauver plus de vies, mais c'est également, dans une certaine mesure, aider à reconstruire un Etat de droit**. La santé est un domaine éminemment transversal qui ne peut qu'avoir une incidence positive, globalement sur les aspects économiques et d'autres aspects de la reconstruction globale de l'Etat dans ce pays.

Avant de passer la parole aux autres intervenants, je voudrais dire que si j'en juge par le niveau de responsabilité des personnes invitées aujourd'hui et le nombre de personnes qui sont déjà arrivées et qu'on attend encore, je crois que l'intuition de départ sur l'importance de cette journée de travail était bonne. J'espère que nous arriverons à faire en sorte tous ensemble que la journée soit également fructueuse et concrète dans ses conclusions. Je vous remercie. Je passe la parole à M. SCHAPIRA.

M. Pierre SCHAPIRA, adjoint au Maire de Paris, député au Parlement européen

Bonjour à tous. Merci de m'avoir invité à cette table ronde sur la reconstruction post conflit des systèmes de santé. Effectivement, en tant qu'Adjoint au Maire de Paris chargé des relations internationales, donc en majeure partie de la coopération, nous travaillons avec les ONG et notamment Médecins du Monde de manière très forte, ce qui nous permet de développer des programmes dans les pays du Sud.

Sur le Congo, vous l'avez dit, la situation est extrêmement difficile : 60 millions d'habitants, 200 ethnies, quatre langues dont le français, deux guerres importantes et donc un pays ravagé alors que c'est, avec l'Afrique du sud, l'un des pays les plus riches d'Afrique.

Nous avons à partir de ce que l'on voit sur place, un rôle à jouer. Je vais parler évidemment en tant que collectivité locale puisque c'est mon rôle et que nous sommes des élus municipaux qui opérons des coopérations.

La RDC connaît de nombreux drames : le sida, le problème de l'eau, la mortalité infantile, celle des femmes en couche...

Le problème, qui se pose quand on discute avec nos collègues ou parfois avec le gouvernement si la décentralisation ne s'est pas faite, est que les questions de santé ne sont pas toujours évoquées tout de suite. Il faut souvent demander. J'ai des souvenirs de discussion, dans un autre pays que la RDC, où le maire me parlait de construire un centre multimédia ou refaire un marché. Il a fallu que j'insiste beaucoup en demandant : Et le sida ? Il n'avait pas osé m'en parler, alors que le problème s'avérait très important dans cet endroit là.

On peut faire toutes les plus belles coopérations du monde, mais si les populations sont décimées à cause de la maladie, ça ne servira à rien. Il faut à chaque fois faire en sorte qu'on puisse reconstruire le système de santé tout en s'intéressant en même temps aux administrations, notamment locales. Les élus de proximité sont en première ligne pour faire face aux problèmes. On dit souvent : « l'argent arrive dans la capitale mais ce sont les problèmes qui sont décentralisés ». Il est important que les collectivités locales aient un rôle majeur dans la reconstruction de leur pays. En général, **quand la décentralisation s'est opérée, que le gouvernement central est compréhensif, que les ONG et les collectivités locales travaillent ensemble main dans la main, sont partenaires et complémentaires, les projets aboutissent.**

C'est pourquoi au **Congo, nous avons une forte coopération avec Médecins du Monde sur les enfants des rues** ainsi qu'avec Africare, une fondation américaine. En partenariat avec le Ministère des Affaires Etrangères français et hollandais et la ville de Paris, nous faisons en effet un travail considérable autour des enfants des rues pour les traiter, prendre en charge leurs problèmes psychologiques, pour les réinsérer dans les familles, à l'école. En même temps, nous agissons aussi sur les villes elles mêmes. Par exemple à Kinshasa, on a tenté de former en les faisant venir à Paris puis en allant sur place, des fonctionnaires municipaux, ne serait ce que sur l'état civil et comment conduire des politiques locales. On a en même temps modernisé l'équipement public à Kinshasa et les services municipaux à Lubumbashi. Tout va ensemble car sinon, on marchera mal sur nos deux jambes.

De plus en plus les collectivités locales souhaitent jouer ce rôle de coopération internationale. Je suis en même temps Député européen. Nous avons obtenu que les collectivités locales, en partenariat avec les ONG d'ailleurs, puissent avoir les moyens de faire cette coopération décentralisée. Ca a été accepté et c'est un point très important de notre future action. **Les ONG et les collectivités locales ne sont pas des concurrents mais des partenaires, chacun dans son métier.** A travers de grandes associations de maires : l'Association Internationale des Maires Francophones ou Cités et Gouvernements Unis qui regroupent tous les maires du monde (3500 maires), nous sommes prêts à coopérer, travailler avec vous et faire en sorte qu'il y ait sur place des synergies pour le bien des populations qui souffrent.

Dr. Pierre MICHELETTI

Merci M SCHAPIRA. Je vais maintenant passer la parole au Dr Constantin MIAKA MIA BILENGE.

Dr Constantin MIAKA MIA BILENGE, secrétaire général à la Santé, ministère de la Santé de RDC

Mesdames et messieurs, distingués invités, au moment où vous êtes réunis dans ce grand auditorium de la Bibliothèque nationale de France pour montrer votre engagement à participer à la relève du grand défi de reconstruire le système de santé de la République démocratique du Congo. Permettez moi, de prime abord, d'exprimer au nom de notre gouvernement et la forte délégation qui m'accompagne notre reconnaissance aux personnalités de marque présentes, à l'amitié franche et permanente du gouvernement et du peuple français face à la RDC.

Nous saisissons cette opportunité qui nous est offerte pour louer les efforts de longue date de contribution à l'amélioration de la situation sanitaire de notre population et remercier de tout cœur Médecins du Monde, organisateur de ce colloque de haute portée nationale et internationale.

Ce colloque est une manifestation certaine de ce partenaire pour renforcer nos liens et d'intensifier les activités de plaidoyer en faveur de **l'investissement dans la santé comme socle du développement de notre population.**

Ce forum représente néanmoins une source immense d'espérance pour le peuple congolais qui attend des changements tangibles dans sa vie quotidienne, particulièrement sur sa situation sanitaire avec l'implication active de la solidarité internationale.

Comme vous le savez, après la traversée du désert de plus de 15 ans de transition, la République démocratique du Congo est dans une période particulière de sa vie politique, celle de son entrée dans la III^e République, dans laquelle elle s'engage à marcher selon les principes de démocratie et de décentralisation. Ces genres de rencontres sont considérés et doivent être considérés à juste titre comme un prélude et un accompagnement au bout de tunnel dans lequel on se trouve vers une vie digne pour un développement humain durable.

Mesdames et messieurs, il est un fait historiquement reconnu qu'à son accession à la souveraineté nationale, la RDC avait hérité d'un des meilleurs systèmes de santé du continent. Mais le temps a vite démontré **qu'un système de santé ne peut pas fonctionner comme un ion isolé dans un environnement politique,**

social et économique mouvant et en déclin, caractérisé par un effondrement des autres secteurs sociaux tel que l'enseignement, l'accès aux autres services publics de base d'eau potable, d'électricité, de logement adéquat, d'assainissement et de transport.

Ce système de santé a fonctionné assez valablement avec l'appui des différents partenaires de l'Etat congolais jusqu'au début des années 1990. **La mauvaise gouvernance, les guerres qu'a connu le pays, les troubles ethniques, la crise politique, socio-économique, l'arrêt des coopérations bilatérales et multilatérales ont entraîné un effondrement du secteur de la santé.** Les résultats de l'analyse de l'états des lieux de la santé en 1998 le démontrent à suffisance et se regroupent en quatre points majeurs suivants :

une désintégration du système manifesté par une désarticulation de fonctions clefs de différents niveaux de la pyramide sanitaire ; l'exercice anarchique des activités de santé ; la production de services de santé de qualité douteuse et la déshumanisation des services de santé ;

une insuffisance de ressources pour la santé ayant entraîné un délabrement progressif des infrastructures, équipements et la démotivation du personnel ;

une aggravation de la situation épidémiologique ;

une détérioration de l'écosystème en raison du relâchement des mesures d'hygiène individuelle, collective et de salubrité publique.

Pour redresser la situation, dans le cadre de la Reforme sanitaire, plusieurs réflexions ont été organisées avec notamment les Etats généraux de la santé en décembre 1999, les revues annuelles successives et le colloque de 2003 avec le partenaire Santé en milieu rural (SANRU) sur le thème « **Rebâtissons les Soins de Santé Primaires** ».

Ces réflexions ont permis de produire quelques documents de référence tels que la Politique nationale de santé, le Plan directeur de développement sanitaire, la Loi cadre de la santé, la Stratégie de renforcement du système de santé, la Stratégie de réduction de la Pauvreté, le vade-mecum du partenariat etc.

Chacune de ces réflexions reconnaît la **nécessité de reconstruire le système de santé pour atteindre l'objectif national et**

universel de promouvoir l'état de santé de toute la population, en fournissant des soins de santé primaires de qualité, globaux, intégrés et continus avec la participation communautaire, dans le contexte global de la lutte contre la pauvreté.

Ces réflexions ont également déterminé les principaux axes de redressement du système de santé à savoir :

- la restructuration du système de santé selon la nouvelle Constitution, les orientations politiques, législatives et administratives édictées dans le pays pour la prestation des services de santé de qualité ;
- l'accroissement de la disponibilité des ressources, l'application d'un processus gestionnaire adéquat, rationnel et transparent axé sur des résultats à impact durable ;
- l'instauration de la lutte contre la maladie dans un contexte d'intégration des interventions au niveau de la zone de santé, avec encadrement et suivi par le niveau intermédiaire le plus proche qui est le district ;
- l'alignement et l'harmonisation des programmes de coopération d'appui sur les principaux axes stratégiques décidés avec tous les acteurs du secteur ;
- le renforcement de la coordination intra et intersectorielle ;
- la promotion du partenariat pour la santé ;
- la reconnaissance du leadership du Ministère de la Santé ;
- le contenu d'appui global à une zone de santé (réhabilitation/construction d'infrastructures, équipement/approvisionnement en intrants, formation du personnel, subside pour les performances à base des résultats, frais de fonctionnement...).

Mesdames et messieurs, souffrez que je profite de cette occasion pour **remercier tous les partenaires tant nationaux qu'internationaux** qui nous ont accompagnés pendant ce moment difficile pour :

- préparer l'adhésion à la stratégie internationale des soins de santé primaires ;
- mettre en place un système d'administration et de gestion des structures de santé sur la base d'une organisation territoriale fondée sur les zones de santé ;
- faire face à l'expansion galopante du VIH/sida, la tuberculose et aux épidémies meurtrières qui ont menacé le pays telles que les fièvres hémorragiques, la peste bubonique, la rougeole, le choléra, la poliomyélite et j'en passe...
- contrôler et lancer le programme d'élimination de la trypanosomiase humaine

africaine et de la lèpre qui sont des pathologies orphelines ;

combattre les insuffisances et les inadéquations du partenariat public – privé ;

renforcer le processus de transfert des compétences aux cadres nationaux de toutes les catégories professionnelles dans les zones de santé ;

faire une parade à la frustration du personnel de santé par l'apport d'appuis sous forme de prime de performance ;

soutenir l'offre de soins lors de la rupture de coopération bilatérale par une certaine amélioration des infrastructures, la fourniture de matériel médical, de moyens de transport et des médicaments ;

préparer et exécuter les campagnes de vaccination de masse malgré les guerres ;

intervenir lors des catastrophes naturelles ;

prendre en charge quelques cas des victimes de violence sexuelles etc.

En effet, les violences sexuelles faites aux femmes et aux enfants en RDC sont souvent couplées aux mutilations des parties génitales féminines, pratiques perverses couramment utilisées comme armes de guerre, d'intimidation. **C'est en RDC, plus particulièrement dans sa partie orientale, que l'on trouve des femmes triplement tuées vivantes** : *psychologiquement* humiliées parce que violemment violées souvent devant époux et enfants, *physiquement* et *mentalement* traumatisées parce que violentées dans ses parties intimes au point de nécessiter des prises en charge chirurgicales et, dans 50% des cas contaminées au VIH/SIDA et IST et, enfin, *socialement* rejetées par les leurs pour une faute qu'elles n'ont pas commise ! Oui, ces femmes mortes vivantes existent en RDC, pour la plupart abandonnées à elles-mêmes.

Cet accompagnement agit encore sur le terrain soit par des interventions directes en cas de situation d'urgence et de catastrophe, soit par des appuis financiers, techniques et matériels apportés comme des appuis partiels ou globaux aux structures centrales, intermédiaires, zones de santé et programmes spécialisés.

L'enjeu fondamental dans la reconstruction du système de santé en RDC est de créer un partenariat responsable et efficace entre les différents acteurs sanitaires, qui compte sur des appuis cohérents, qui recherche une efficacité et une efficacité à long terme car à lui seul, le gouvernement congolais, dans sa situation actuelle de consolider la stabilité politique et de relancer l'économie, ne peut arriver à remonter au standard international le

niveau de l'offre des services et soins de santé de qualité.

L'objectif à poursuivre dans le renforcement du système de santé doit donc agir à trois niveaux de l'organisation du système **avec plus de moyens à la base tant dans le domaine de prévention, promotion que dans le curatif.**

Pour que cela se réalise, il faut que les fondations de la reconstruction du système de santé s'adaptent aux trois niveaux que connaissent nos zones de santé actuellement :

- celles encore en crise aigue qui ont besoin des services gratuits et des aides humanitaires ;
- celles en position transitoire ;
- celles nécessitant une revitalisation globale et progressive moyennant un programme de développement.

Notre fondation de la reconstruction devra tenir compte des effets de l'instabilité politique récente, des lents progrès dans le secteur économique, des diversités culturelles, de l'évolution des centres urbains suscitant une attirance accrue sur les milieux ruraux, de la migration des compétences nationales vers les organismes internationaux, de la précarité dans l'exécution des fonds publics, de l'attrait économique croissant pour le secteur de la santé et de la revalorisation des ressources humaines pour la santé.

Pour tout cela, le gouvernement de la **République démocratique du Congo recommande à tous ses partenaires une anticipation pour le long terme** à l'instar des organisateurs de cette rencontre pour sortir la RDC de sa fragilité en repensant profondément

les bases de l'assistance technique de manière à minimiser les coûts et augmenter la proportion injectée dans le développement des services en faveur de la population à la base et en contribuant à renforcer le leadership des structures gouvernementales de la santé.

Le peuple congolais reconnaît que même si l'apport extérieur est nécessaire dans le cadre de la solidarité, le gouvernement doit également s'investir profondément dans son initiative. Néanmoins, dans cette perspective, **le gouvernement a donc besoin du soutien de tous les amis du Congo** pour que ces efforts de reconstruction soient accompagnés d'une amélioration sensible dans le secteur de la santé, et surtout de la condition de vie de la population démunie.

A l'issue de ce forum, le grand défi qui restera à relever est celui de réaliser dans les délais les recommandations qui seront formulées. Marcher dans la voie de la reconstruction du système de santé en RDC exige du temps, de la ténacité et de l'endurance compte tenu de ce que ce système est aujourd'hui.

Je vous remercie et souhaite plein succès à nos travaux.

Dr. Pierre MICHELETTI

Merci d'avoir posé ce cadre précis qui va servir à éclairer beaucoup de débats de cette journée. Je passe la parole à M. Jérôme PASQUIER.

M. Jérôme PASQUIER, directeur général adjoint de la coopération internationale et du développement au ministère des Affaires étrangères

Merci M. le Président, M. le Député adjoint au Maire, M. le Secrétaire Général. Je veux d'abord vous transmettre les regrets et les encouragements de M. Douste-Blazy qui m'a fait l'honneur de me demander de le représenter. C'est en son nom que je m'exprime ce matin. Je voudrais tout particulièrement remercier Médecins du Monde qui a pris avec ses partenaires congolais l'initiative d'organiser cette journée d'échanges et de mobilisation qui va permettre d'aborder le secteur spécifique de la santé en RDC et à partir de cet exemple, tout le

problème de la reconstruction des pays en post conflit, problème difficile que nous connaissons bien et qui sera au cœur des débats.

Comme cela a été rappelé, la RDC a vécu toute une décennie d'affaiblissement, de combats fratricides, d'invasions extérieures. Actuellement, **de fortes raisons d'espérance sont apparues.**

La population congolaise élit ces semaines-ci son Président de la République, ses Députés nationaux, provinciaux, ses Sénateurs. Moment décisif, cap évidemment difficile à franchir mais qui, jusqu'à aujourd'hui, malgré quelques

incidents, se déroule globalement bien. Il faut en féliciter d'abord la population congolaise mais aussi tous les autres intervenants : l'ONU, l'Union européenne, tous les partenaires de la communauté internationale qui ont apporté une contribution essentielle à ce processus. Il faut également féliciter tous les intervenants des associations de solidarité françaises et congolaises pour le travail admirable qui a été réalisé dans cette période de difficultés. Vous avez contribué à maintenir en fonctionnement des hôpitaux, des centres de santé, notamment dans les régions les plus frappées par les combats et l'insécurité. Vous assurez à ce jour auprès des orphelins, des victimes du sida, à Kinshasa, au Katanga ou ailleurs, la présence indispensable qui permet de maintenir l'espoir debout. Il convient de vous en féliciter.

Je voudrais d'abord souligner la vision du Ministère des Affaires Etrangères sur la place et les enjeux de la santé dans les actions diplomatiques et plus précisément dans la reconstruction des pays qui ont vécu une crise. **Ces dernières années ont vu l'émergence d'une prise de conscience mondiale dans le domaine de la santé internationale avec la multiplication des acteurs et des intervenants.** Il se développe maintenant une exigence vers plus d'équité dans une politique d'aide au développement ambitieuse qui mette vraiment la santé au cœur de ses priorités. Vous le savez, la santé est un thème mobilisateur des opinions publiques. Cela est amplifié par la capacité des médias à relayer dans le monde entier et en temps réel des situations sanitaires parfois dramatiques.

On peut constater à quel point maintenant **santé et diplomatie sont intimement liés.** Ce constat est manifeste dans les situations de crise qui touchent durement les populations mais il se poursuit évidemment dans la phase qui suit la cessation des hostilités tant la résolution des conflits doit aller de pair avec la remise en ordre des systèmes de santé. Nous savons bien par expérience que **si les pays en conflit reçoivent une aide sanitaire réduite aux situations d'urgence, une aide volatile, fréquemment localisée géographiquement, ils sont trop souvent après des orphelins de l'aide, d'où la nécessité de redoubler nos efforts dans les situations de post conflit.**

La France et la Norvège ont tout récemment pris l'initiative de la **création d'un groupe de travail** – un article des deux Ministres des Affaires Etrangères a été récemment publié dans la presse- qui sera chargé **d'examiner les interactions entre la politique étrangère et la**

santé, en marge de l'ouverture de la 61^e Assemblée générale des Nations unies le 21 septembre dernier.

La santé étant un sujet tout à fait fédérateur, nous souhaitons réunir sur ce thème l'ensemble des acteurs dont évidemment la société civile, les organisations de solidarité internationale, les collectivités locales qui jouent également un rôle très important dans ce secteur.

Dans la plupart des pays en situation de post conflit ou de sortie de crise comme c'est le cas en RDC, **l'investissement en faveur des services de santé est essentiel** à plusieurs titres :

il aide bien sûr à soulager les souffrances des populations épuisées par le conflit, c'est un impératif humanitaire ;

il contribue à consolider le processus de paix, permettant aux populations affectées par des conflits ou des crises internes d'accéder de nouveau aux soins de base de manière équitable. C'est leur redonner des raisons d'espérer ;

c'est également un levier pour la diminution des tensions internes. Il contribue à la stabilité politique et il peut servir d'exemple pour initier des actions de développement sur le long terme dans d'autres domaines.

Je voudrais à ce sujet rappeler un certain nombre **d'enjeux qui doivent être pris en compte par l'ensemble des acteurs dans la reconstruction des systèmes de santé.**

il convient d'encourager l'élaboration de plans de développement réalistes à l'échelle du secteur, assez souples pour assimiler les événements imprévus et tenir compte des différents partenaires et de la diversité de leurs programmes ;

il faut placer résolument les considérations d'équité en tête des politiques sanitaires ;

gérer la transition aide humanitaire/aide au développement, s'assurer du lien entre les actions humanitaires qui répondent à une situation d'urgence et de survie et les actions de développement qui visent donc à restructurer le système sur le long terme. Ces deux approches doivent pouvoir se dérouler de façon complémentaire ;

accorder une priorité absolue au développement des ressources humaines nationales pour la santé en encourageant la création et le renforcement des capacités locales ;

enfin nous devons évidemment nous préoccuper des questions financières et prévenir le gap financier qui peut intervenir entre la fin des financements de l'urgence et de nouveaux

financements pour des projets de reconstruction. Mettre en place et concevoir des instruments de transition. Cela concerne bien sûr l'ensemble des bailleurs et des partenaires au développement.

Pour finir, je voudrais insister sur le fait que la reconstruction des systèmes de santé en situation de post conflit ne doit pas se limiter à l'horizon de l'Etat. C'est une affaire qui **concerne l'ensemble de la société**. Cette approche doit avoir pour objectif la reconstruction du lien social, là où il est détruit ou fortement endommagé. Il s'agit donc bien d'encourager une conception humaniste du développement, portée par des associations comme *Médecins du Monde* et beaucoup d'autres.

Vous allez aujourd'hui aborder les aspects concrets de la reconstruction des systèmes de santé en RDC. Je vous assure que le Ministère et M. Douste-Blazy lui-même prendront connaissance avec grand intérêt de vos travaux. Dans le respect des différentes contraintes, nous nous engageons devant vous à assurer la

présence, le concours, le soutien du ministère des Affaires étrangères à vos côtés dans la reconstruction du système de santé en RDC. Merci et encore toutes mes félicitations à Médecins du Monde pour l'organisation de cette journée.

Dr Pierre MICHELETTI

Merci M. PASQUIER pour avoir précisé les lignes directrices du Ministère des Affaires Etrangères à l'égard du pays. Je vais passer la parole pour conclure au Dr Didier CANNET, responsable de nos actions au Congo. Il va à la fois vous faire un rapide descriptif des implantations et des actions concrètes que développe Médecins du Monde dans le pays et également vous décrire la logique que nous avons cherché à suivre pour rythmer les différents temps de cette journée de travail.

Dr Didier CANNET, responsable des missions en RDC, Médecins du Monde

Nous aborderons durant ce colloque la reconstruction dans un contexte d'après guerre. Le sujet concerne de nombreux pays où Médecins du Monde travaille comme en Afghanistan, au Libéria, en Angola, au Sud Soudan et bien sûr en RDC.

Nous prendrons l'exemple de la RDC car il s'agit de la plus grande crise humanitaire depuis la deuxième guerre mondiale. Quatre millions de Congolais sont morts au cours de ces huit dernières années **des conséquences directes de la guerre et des massacres** et pour 85% de maladies banales telles que le paludisme ou la diarrhée, selon les enquêtes d'IRC*.

Elle fait partie de ces crises oubliées qui sont peu relayées dans les médias. Le Congo est un pays immense contenant de grandes richesses minières et qui, par sa situation géopolitique, peut devenir une pièce maîtresse dans le développement de l'Afrique.

Nous avons tissé des liens d'amitié avec les Congolais depuis de nombreuses années.

Médecins du Monde a porté assistance aux réfugiés chassés du Shaba en 1994 au Kasai. Après cette intervention d'urgence, Médecins du Monde a accompagné ceux qui désiraient s'installer dans la région. Nous avons alors constaté que même la population locale avait de

grandes difficultés d'accès aux soins. Les structures publiques sanitaires étaient effondrées suite aux crises économiques et aux pillages. Les guerres de 1996 et 1998 n'ont fait que renforcer cette

situation à travers tout le pays. Depuis 2002, dans les zones de santé que nous soutenons dans le Kasai et le Katanga, nous constatons que les gens n'osent plus se rendre dans les dispensaires pour des raisons de sécurité. Dans le rapport sur la réforme de l'ONU de mars 2005, Kofi Annan précise : *« il n'y a pas de développement sans sécurité, de sécurité sans développement et il ne peut y avoir ni sécurité ni développement si les droits de l'homme ne sont pas respectés. »*

Aujourd'hui Médecins du Monde soutient des programmes dans six régions de la RDC : dans le Kasai, à Tshofa et Mwetshi avec nos amis belges, auprès des enfants des rues de Kinshasa, dans un programme intégré de lutte contre le sida à Goma et dans l'amélioration de l'accès aux soins des populations dans neuf zones de santé dans le nord Katanga.

Les défis de cette reconstruction sont immenses. Médecins du Monde a bâti ce colloque suivant quatre idées :

- **la santé est un déterminant essentiel de la reconstruction**, y compris sur le plan économique. Nous avons pu constater dans certains pays comme le Mali, l'Ouganda ou la Tanzanie que l'élévation du niveau de santé et d'éducation de la population a un effet d'entraînement sur les autres secteurs ;
- **cette reconstruction doit faire intervenir les différents acteurs** : gouvernements et institutions publiques bien sûr, institutions internationales et bailleurs, secteur privé, mais également société civile, ONG locales et internationales. Il ne suffit pas de favoriser la fourniture de biens et de services publics mais aussi d'aider au développement social. Ces changements institutionnels impliquent une coordination entre l'Etat et les nouveaux acteurs du secteur privé et de la société civile ;
- **les femmes et les enfants sont les populations qui nécessitent un regard privilégié**. Ce sont eux qui ont le plus souffert durant ces guerres : surmortalité, exclusion, viols massifs. La reconstruction doit être attentive à la participation des femmes à la vie sociale, politique, économique et culturelle. Ils

constituent d'ailleurs l'un des objectifs du millénaire pour le développement ;

enfin **cette reconstruction doit être répartie de façon homogène à travers tout le territoire**, malgré son immensité.

Ce colloque comprend trois parties :

nous dresserons d'abord un panorama et analyserons **la situation politique** en cette période électorale, succédant à ces 3 ans de transition et ces 40 années sans élections libres

nous ferons un **bilan de la situation sanitaire et l'état des lieux du système de santé** après ces guerres

les stratégies d'action à venir des différents acteurs dans la reconstruction sanitaire seront ensuite partagées

A l'issue de ces échanges et débats, nous essaierons de tirer quelques **recommandations** pour la RDC qui pourraient être aussi applicables dans d'autres pays.

ENJEUX POLITIQUES APRES LA TRANSITION

Panorama de la situation après les élections de juillet 2006 et identification des acteurs présents en RDC

Modérateur: Dr Didier CANNET, Responsable des missions en RDC, Médecins du Monde

Le processus électoral qui doit s'achever fin octobre n'est pas une fin en soi mais une étape préalable à toute reconstruction. Vous allez donc nous décrire la situation politique, étudier les conditions qui assureraient une bonne gouvernance, garante du bon fonctionnement d'institutions, capables alors de jouer leur rôle dans la résolution des problèmes du pays.

Je vous présente :

- Colette BRAECKMAN qui est journaliste au Soir de Bruxelles, auteur de plusieurs ouvrages sur l'Afrique centrale dont *Les nouveaux prédateurs* ;
- interviendra ensuite Mwayila TSHIYEMBE, chercheur, directeur de

l'Institut panafricain de géopolitique de Nancy ;

- Jean Claude WILLAME d'Amnesty Belgique, professeur à l'université catholique de Louvain ;
- et enfin Michel GALY, anthropologue et politologue, enseignant notamment à Sciences Po à Paris.

Notre discutant est Jean-François PLOQUIN, secrétaire général du Centre d'Information et de Solidarité avec l'Afrique - COSI et secrétaire du Réseau France Afrique centrale. Son rôle est de rebondir sur les exposés de nos intervenants et d'ouvrir des pistes de questionnement pour la salle.

Mme Colette BRAECKMAN, journaliste au Soir

Depuis le début de la transition, la République démocratique du Congo a été l'objet d'un pari colossal, entrepris par de nombreux acteurs : l'Union européenne, l'Afrique du Sud, les Nations unies, la France, la Belgique. Le pari de **réunifier ce pays morcelé par la guerre, ramené au degré zéro du développement, devenu le symbole même de la mal gouvernance et du pillage des ressources naturelles.**

Lors de la conclusion des accords de paix de Sun City, qui avaient pour but de ramener au pouvoir les anciens chefs de guerre, de les obliger à collaborer au sein de l'improbable formule « un plus quatre » et de préparer ensemble les élections, rares étaient ceux qui croyaient qu'un tel pari pourrait jamais réussir. Les hypothèques étaient nombreuses et, comme elles n'ont pas toutes été levées, il n'est pas sans intérêt de les rappeler.

La première hypothèque demeure, encore et toujours, l'état de l'armée. Le principe acquis à Sun City était de brasser les éléments fournis par les diverses composantes pour

jeter les bases d'une armée républicaine nationale. La Belgique, l'Afrique du Sud, l'Angola, la France entreprennent, en ordre, hélas, dispersés, de former ces nouvelles unités intégrées, tandis que la commission nationale de démobilisation, la Conader, avec le financement de la Banque Mondiale, finançait la démobilisation de ceux qui refusaient de rejoindre la nouvelle armée ou ne remplissaient pas les conditions requises (dans le cas des enfants soldats entre autres). A l'heure actuelle, douze brigades intégrées ont été mises sur pied, et interviennent, avec des succès divers, contre les groupes armés qui sévissent toujours dans l'Est. Ces brigades rencontrent de nombreux problèmes : le paiement irrégulier des soldes, la faiblesse de leurs effectifs (les composantes n'ont pas présenté leurs meilleurs éléments), l'habitude persistante de ponctionner les populations civiles. Cependant, en Ituri ou au Kivu, là où les meilleurs éléments ont été déployés, on s'aperçoit que la nouvelle armée épaula effectivement les forces de la Monuc.

Cependant, de nombreux groupes armés subsistent : ils se composent de hors la loi purs et simples comme les miliciens hutus rwandais, dont le nombre est estimé à 12 000 personnes, qui continuent à contrôler et à inquiéter les populations civiles du Kivu mais n'ont pas perturbé les élections ; du groupe dirigé par le général Laurent Nkunda, un Tutsi que l'on dit proche du Rwanda, qui refuse de désarmer et a gardé sa base au Nord de Goma, mais sans être autrement inquiété par la Monuc ou l'armée régulière ; de plusieurs groupes armés dans l'Ituri, qui sont toujours approvisionnés en armes par l'Ouganda, et enfin, sinon surtout, de « milices » dépendant des deux candidats en lice pour le deuxième tour, la garde spéciale présidentielle du chef de l'Etat, estimée à 15.000 hommes et les militaires restés fidèles à Jean-Pierre Bemba, parmi lesquels d'anciens officiers mobutistes, qui seraient plusieurs milliers, basés entre autres à Maluku, à la lisière de Kinshasa. Quant aux combattants nationalistes Mai Mai, ils n'ont pas tous désarmé, ne se sont pas tous réintégrés dans la nouvelle armée et gardent eux aussi des troupes en réserve. Les trafics d'armes se poursuivent, les recrutements également.

L'hypothèse d'une reprise de la guerre n'est donc pas totalement levée, d'autant moins que le rôle dissuasif de la force européenne est momentanément : fin novembre elle aura quitté le pays, tandis que la Mission des Nations unies, appelée sur d'autres fronts comme le Darfour, pourrait réduire son déploiement dès l'an prochain.

Deuxième hypothèse : la transition n'a pas répondu au défi social, et les difficultés existentielles de la population, à Kinshasa surtout, ont servi d'argument aux forces qui combattaient l'ensemble du processus. Même si les améliorations ponctuelles sont enregistrées, la population, surtout dans les villes, a une conscience plus aigüe que jamais de sa misère, non seulement à cause de la campagne de l'opposition, mais aussi parce qu'elle est témoin du déploiement dispendieux de l'assistance étrangère dont elle n'aperçoit guère les retombées concrètes. Les élections ont été l'occasion d'un énorme et coûteux déploiement d'experts, d'observateurs et autres militaires qui a parfois ressemblé à la mise en place d'une tutelle internationale.

Troisième hypothèse. Le pillage des ressources, la gabegie économique se sont poursuivis durant la transition, et les mécanismes ont été instaurés permettant que ce processus se poursuive ultérieurement. En

effet, voici quelques semaines Karel de Gucht, le ministre belge des Affaires étrangères, mettait déjà les congolais en garde contre toute révision des contrats miniers.

S'y ajoute la vénalité de la campagne électorale, où les candidats à la présidentielle ont mis en œuvre de gros moyens tandis que le jeu des alliances post électorales se fait plus en fonction de l'argent qui circule que des convictions politiques. Cette vénalité contribue à décrédibiliser le processus et à soupçonner le caractère peu désintéressé de l'assistance étrangère.

Il faut noter cependant que les électeurs ont souvent réussi à déjouer cette vénalité : des mots d'ordre circulaient, prenez les tee-shirts, l'argent, les cadeaux et votez pour qui vous voulez. Le succès des candidats indépendants et souvent désargentés illustre ce décuplement entre le vote et les moyens mis en œuvre.

Une autre hypothèse, qui plombe tant les exercices électoraux que la mise en place des nouvelles institutions **demeure la logistique, toujours difficile**, mais les nouvelles technologies de la communication (GSM, Internet, Valises satellites) ont permis de surmonter bien des obstacles.

En dépit de ces hypothèses et des doutes de tous les pessimistes de l'intelligence, **le parcours institutionnel, qui s'apparentait à une véritable course d'obstacles, a cependant eu lieu** : referendum constitutionnel, élections législatives et premier tour des présidentielles, mise en place d'une Assemblée élue. Autrement dit, un socle de légitimité a été constitué, des courants politiques existent, des alliances se négocient. A cette étape ci également, on constate que le pire n'est pas sûr, que les prévisions les plus pessimistes sont démenties par les faits.

L'analyse des résultats démontre le degré de conscience politique des électeurs : pour les présidentielles, ils n'ont pas dispersé leurs votes sur les 33 candidats en piste, mais ont voté utile, attribuant des résultats significatifs aux deux challengers du deuxième tour.

Pour les législatives, les électeurs n'ont pas choisi uniquement les grosses pointures : ils ont aussi porté à l'assemblée des indépendants, des candidats qui ont joué la proximité, des gens issus de la société civile et qui se sont présentés sous la bannière du mouvement social pour le renouveau qui a 28 élus. Autrement dit, l'argent est intervenu, mais n'a pas été décisif.

Une autre conclusion simpliste s'est vue démentie par l'analyse des votes et des

alliances ultérieures ; celle d'un clivage Est-Ouest. Il est vrai que l'Est a voté massivement pour Joseph Kabila, alors qu'il aurait dû être le plus sensible à la propagande dénonçant les prétendues origines rwandaises du chef de l'Etat. En réalité, l'Est a voté pour la paix et la réunification du pays, jugeant un bilan plus qu'un homme. Cependant, d'autres candidats, Nyamwisi, Bemba lui-même, ont obtenu des voix à l'Est tandis qu'à l'Ouest, Kabila a fait des voix dans les régions qui avaient été occupées par Bemba ainsi qu'au Kasai occidental, bien que les deux Kasai soient présentés comme le fief inexpugnable de Tshisekedi. Les alliances post électorales confirment la superficialité de ce prétendu clivage ; Antoine Gizenga et Olivier Kamitatu sont originaires de l'Ouest du pays...

Certains préjugés ont également été déracinés dès le lendemain de la proclamation des résultats : Jean-Pierre Bemba, présenté et redouté comme l'homme fort, qui pouvait mettre Kinshasa à feu et à sang, a subi de sérieux revers (l'incendie de ses stations de radio télévision, les tirs contre sa résidence, la destruction de son hélicoptère) : la violence n'est pas venue d'où l'on croyait. Le lundi 22 août, Joseph Kabila a démontré qu'il pouvait lui aussi faire usage de la force sinon défier la communauté internationale en retenant 14 ambassadeurs dans la résidence de Bemba, prise sous les tirs de sa garde. Même si ces événements ont terni l'image du président sur le plan international, il n'est pas sûr qu'ils aient été contreproductifs sur le plan intérieur : les Congolais ont découvert que le gentil Joseph Kabila pouvait aussi être un homme à poigne.

Si le pire n'était pas sûr avant les élections, **à la veille du deuxième tour la paix n'est pas sûre elle non plus.** Le divorce est patent entre la majorité de la diaspora qui influence plus qu'on n'imagine le vote dans les villes, par les messages Internet, les appels téléphoniques, la propagande et l'opinion nationale, dans les campagnes et les provinces.

Spéculer sur le résultat du second tour des présidentielles en additionnant les voix de Kabila, Gizenga et Nzanga Mobutu est tout à fait hasardeux : l'exercice étant entièrement nouveau dans ce pays où l'on n'a plus voté depuis 40 ans, nul ne sait si les reports de voix fonctionneront, s'il y aura la moindre discipline de parti, sauf peut-être au sein du Palu, le parti de Gizenga. Mais à Kinshasa et dans le Bandundu, la propagande anti Kabila a été tellement effrénée que rien ne dit que les électeurs suivront les consignes de Gizenga. Il

en va de même dans l'Equateur, fief de Nzanga Mobutu.

Il est vain aussi de spéculer sur le fait que d'ores et déjà Kabila dispose d'une majorité à l'Assemblée et que, s'il n'était pas élu, on assisterait à une difficile cohabitation. Facteur de stabilité ou indice de vénalité : tout indique que le vainqueur des présidentielles, quel qu'il soit, disposera d'une majorité à l'Assemblée car des repositionnements auront lieu.

Il est faux de croire que les deux candidats partent avec leurs scores du premier tour, le premier ayant dans sa besace le double des voix du deuxième : en réalité, ils repartent tous deux à zéro et tout le travail de persuasion est à refaire durant les deux semaines de campagne avant le deuxième tour.

Malgré les promesses des uns et les objurgations de la communauté internationale, **on peut craindre une personnalisation excessive de la campagne, le renforcement des thèmes identitaires** et ces passions rallumées pourraient anéantir tout le travail de tolérance entrepris durant les années de transition. Quant à la presse, à voir, à Kinshasa surtout, avec quelle délectation elle reprend les thèmes identitaires, le leitmotiv de la congolité, on peut se demander si les budgets dépensés pour l'encadrement et la formation des journalistes par tant d'agences et de coopération a été bien employé...

A l'issue de la dernière échéance électorale, il serait illusoire de croire que l'on assiste à la fin de la transition. **Quel que soit le vainqueur demain, il devra tenir compte des conseils et des mises en garde formulées de l'étranger :** ne pas pratiquer l'exclusion, c'est-à-dire partager le pouvoir avec les vaincus, principalement le RCD Goma et son chef Azarias Ruberwa, ne pas dénoncer les contrats miniers, accepter que le CIAT (Comité d'Accompagnement de la Transition), qui représente la communauté internationale, prolonge sa tutelle sous une autre forme, celle des « amis du Congo », souscrire à la coopération régionale dans le cadre de la Conférence des Grands Lacs prévue pour décembre, une coopération qui consiste essentiellement à permettre aux pays voisins d'accéder aux diverses ressources du Congo... S'il veut bénéficier de la coopération internationale, le nouveau régime, quel qu'il soit, devra se soumettre à ces impératifs, quitte à affronter l'opinion intérieure et l'opposition qui y trouvera confirmation de ses craintes. On se rappelle les années 60 et la phrase du général Janssens « *Après l'indépendance égale avant l'indépendance* »

qui avait suscité la mutinerie de la Force publique...

Autrement dit, même si le pari des élections démocratiques est tenu, ce qui représente déjà un miracle en soi et un désaveu à l'égard des pessimistes, bien des périls subsistent et **le vainqueur devra cheminer sur une voie très étroite, tracée entre les exigences de la communauté internationale, celles des pays voisins, et surtout les attentes immenses de la population.** Peut-être le

peuple congolais pourra-t-il compter sur la solidarité internationale ici représentée pour que l'adage funeste « après la transition égale avant la transition » ne se vérifie pas, ce que j'espère.

Dr Didier CANNET

Merci Colette BRAECKMAN. Je passe maintenant la parole à Mwayila TSHIYEMBE.

M. Mwayila TSHIYEMBE, chercheur, directeur de l'Institut panafricain de géopolitique de Nancy

Merci. Je voudrais vous dire combien je me réjouis d'être invité ici. Les espaces dans lesquels peuvent être débattus les problèmes congolais sont tellement rares en Occident, qu'il faille véritablement remercier Médecins du Monde d'avoir organisé cette rencontre qui permet à la fois aux Congolais et aux amis du Congo d'examiner cette problématique de la fin de la transition, c'est-à-dire les élections et leur incidence sur la reconstruction du système de santé.

Il n'y a pas si longtemps, nous avons publié *La transition en RDC, bilan enjeux et perspectives*, paru chez L'Harmattan en juin 2005. Par la suite, nous avons publié en novembre 2005, *Le défi de l'armée républicaine en RDC*, toujours chez L'Harmattan. Nous nous apprêtons à sortir un autre livre intitulé *La refondation de la nation et nationalité en RDC* en novembre 2006. Par conséquent, je ne vous fais pas l'offense de reprendre toutes les problématiques liées à ces questionnements. Je centrerai mon propos sur **la sociologie des forces politiques en présence**, dont une partie a été esquissée par Mme BRAECKMAN.

Pour saisir le poids des événements, il est nécessaire de situer **le climat politique qui prévalait en République démocratique du Congo avant le 1^{er} tour des élections du 29 juillet 2006.** En effet, à la veille des élections, il y avait deux camps en présence. D'un côté, les partisans de l'apocalypse, de l'autre côté, les partisans du destin.

Pour les partisans de **l'apocalypse (UDPS et alliés)**, ce qui se passe au Congo est un complot international ourdi par l'occident et la communauté internationale, non point pour laisser le Congo choisir ses propres dirigeants,

mais pour choisir des hommes de paille et en faire les auxiliaires de la communauté internationale.

Selon cette logique, l'UDPS et ses alliés ont considéré qu'il **fallait boycotter systématiquement ce processus** à commencer par l'inscription sur les listes électorales, le référendum et les élections générales.

L'enjeu pour les partisans de cette thèse est la suivante : l'Occident finira par s'apercevoir qu'il a misé sur un cheval en bois et lorsque celui-ci se cassera la figure, son rejet par le pays sera inéluctable. Alors, le peuple en âme et conscience pourra reconnaître les siens et faire basculer le jeu politique.

Pour l'instant cette hypothèse n'est que prédiction. Il faudra attendre la fin des élections et l'exercice réel du gouvernement de la majorité pour voir si les partisans de cette option avaient raison.

En face d'eux se trouve le **camp des partisans du destin ou les belligérants et alliés (PPRD, MLC et RCD).** Ils considèrent que le fait pour l'UDPS d'avoir déserté le terrain électoral est du pain béni, car cela permet à moindre coût, par les élections libres, démocratiques et transparentes, de pouvoir confirmer par les urnes le pouvoir déjà conquis par la force des armes. Le soutien inconditionnel de l'occident, professent-ils, leur permettrait de se doter des moyens économiques et financiers, et, chemin faisant, de gouverner le pays dans la durée et d'améliorer la vie des Congolais.

Ces deux paris avaient fait peser, à tort ou à raison, la menace sur les élections du 29 juillet

2006 sans que l'on sache s'il s'était agi d'un bluff ou d'une réalité. Une fois de plus, disons que l'on ne pourra vérifier ces hypothèses qu'au lendemain de la mise en pratique des institutions de la 3^e république et de leur capacité à rendre meilleur ou pire le destin des Congolais, afin de porter un jugement raisonnable.

En ce qui concerne **la sociologie des forces politiques en présence**, quelques éléments méritent d'être à soumettre à la réflexion :

- **la dispersion des forces politiques**

La grande leçon de ces élections est qu'aucun parti n'a dominé le champ politique congolais. Même les partis institutionnels, c'est-à-dire ceux des belligérants réunis (PPRD, MLC et RCD) n'arrivent pas à réunir la moitié des sièges au Parlement soit 250 députés sur 500. Ceci montre que les jours qui viennent vont être durs à tenir sur le plan de la représentativité nationale, car on ne sait pas exactement quel sera le comportement de ces petits partis à un ou trois députés qui sont devenus les acteurs réels de la scène politique congolaise.

- **l'écrémage des partis politiques**

Il n'y a pas si longtemps, nous avons eu des difficultés à convaincre une partie des élites congolaises ainsi de que des observateurs étrangers que l'enregistrement de 200 à 300 partis politiques et associations constituait une menace sur l'avenir politique de la République démocratique du Congo. Notre thèse était qu'il fallait attendre les élections pour voir se décanter la situation. Celles-ci viennent de nous donner raison, car sur les plus de 200 partis et associations qui ont été inscrits sur les listes électorales, il y a au maximum 59 partis qui peuvent se prévaloir d'avoir fait élire au moins un député. On est passé de 200 à 59 partis. Il ne s'agit pas encore, UDPS excepté, de partis au sens occidental du terme, c'est-à-dire de machine électorale, arène de débats et agent de socialisation. Nous sommes encore dans une phase d'essai et de mise à niveau qu'il ne faut pas s'empresse de condamner. Il faut laisser le temps au temps.

- **le déficit de mobilisation sociale partisane**

Indépendamment des alliances qui ont été signées et contrairement à la mise en place de ces partis politiques et associations, la quasi-

totalité des acteurs politiques souffre effectivement du déficit de mobilisation sociale. Si bien que pour se faire élire, tout le monde est obligé d'aller dans son ethnie, dans sa région, dans son village, afin de battre campagne, profiter de la mobilisation identitaire et du clientélisme ambiant. Il s'agit, certes, d'une phase de mobilisation sociale, mais, à ce jour, ces institutions n'ont pas donné la preuve de leur capacité de faisabilité sur le plan de la mobilisation, de signification sociale, de comportement et de ralliement, pour pouvoir se substituer à la représentativité ethnique et à la signification de l'appartenance régionale.

- **Les plates-formes ou coalitions partisanes**

Comme le champ politique lui-même est en recomposition, tout le monde est obligé de se restructurer autour de ce qu'on a appelé les coalitions. L'ennui est que ces coalitions, ces méga structures, lorsqu'on regarde les résultats du 1^{er} tour des élections présidentielles et législatives, elles n'ont pas fonctionné. Si M.Bemba et M.Kabila sont au 2nd tour, c'est à la fois sur la caution de l'équation personnelle de leur engagement, des moyens financiers mis à leur disposition, et du clientélisme ambiant qui permet, au-delà de sa propre appartenance ethnique, régionale ou politique, d'être élu par des personnes qui n'appartiennent pas à sa région ou à son propre parti politique. On a des structures mais à ce jour elles n'ont pas pesé lourdement dans la victoire des uns ou des autres. Mais la critique doit être mesurée, car nous sommes au départ d'un processus qui n'est pas encore abouti. Il faut avoir de la patience, en espérant que le raffermissement de ces coalitions pourra probablement donner quelques indications demain.

Il reste maintenant trois énigmes pour le second tour qui commence :

- Quelle sera la **mobilisation des 7 millions** d'inscrits qui n'ont pas voté au premier tour des élections présidentielles et pour qui voteront-ils au second tour?
- Les **électeurs** des partis politiques et associations ayant signé les accords de ralliement au second tour avec les plates-formes l'Alliance pour la majorité présidentielle et l'Union pour la nation, **respecteront-ils la consigne de vote** donnée par leurs leaders respectifs?

- Quelle sera, in fine, la **mobilisation** des forces de l'**UDPS**, seul parti des militants en RDC, et pour qui voteront-elles au second tour ?

En conclusion, trois éléments :

- **Le 2nd tour**, d'après les éléments sociologiques que l'on peut avoir sous la main, **reste totalement ouvert**.
- On assiste au retour **de la bipolarisation du champ politique congolais** telle qu'elle était observée dans les années 1960, y compris au sein du MPR, parti-Etat de Mobutu, plus ou moins clandestinement, au cours des années 1980.
- **Le renouvellement de la classe politique congolaise** : environ 60 députés ont été élus sur les listes des indépendants, ce qui est énorme. Les élections provinciales, communales et

urbaines, y compris les élections des secteurs du 29 octobre 2006 confirmeront cette tendance.

- Tout ceci n'est possible que **si la communauté internationale se résout à garantir le caractère libre, démocratique et transparent des élections du 2nd tour**. Autrement, la violence au Congo est à la portée de la main. Au lieu de gesticuler, de diaboliser les uns et sanctifier les autres, la communauté internationale doit faire ce pour quoi elle est allée au Congo. Sinon les milliards de dollars qui ont été mis sur le tapis pour organiser les élections ne vaudraient pas un penny.

Dr Didier CANNET

Merci. Je passe maintenant la parole à M. Jean-Claude WILLAME

M. Jean-Claude WILLAME, Amnesty Belgique, professeur à l'Université Catholique de Louvain

Dans ce processus de paix, énormément d'argent a été consacré aux élections. Cela représente actuellement \$ 500 millions, la moitié du coût annuel de l'opération de la Monuc au Congo. Il fallait véritablement avoir ces élections.

L'agenda des machines de faiseurs de paix et celui des populations n'est pas forcément le même. Il y a eu des éléments « magiques » dans ces élections de part et d'autre :

- pour les populations : ces élections vont pouvoir nous faire sortir de la guerre, rétablir les centres de santé, les écoles ;
- pour les faiseurs de paix : enfin nous allons avoir des interlocuteurs responsables et crédibles. Cela est d'autant plus important étant donné les centaines de millions que les machines de la paix ont mis dans ce pays.

Pour ce qui concerne les commentaires de ces élections proprement dites, ce qui me frappe est le **très grand éclatement du paysage politique congolais**. Au départ, sur 267 formations autorisées, 70 ont eu des sièges dont le phénomène des candidats indépendants : 63 dont 17 dans le seul Katanga. 55 des listes n'ont recueilli que de un à 4 sièges, 32 n'ont obtenu qu'un seul siège.

Vous avez donc un paysage extrêmement éclaté.

Autre caractéristique qui me frappe : les formations auxquelles se réfèrent les petits ou les grands notables sont de la période de l'indépendance. Par exemple a été lancé un parti PUNA, héritier de Jean Bolikango, un grand personnage de l'époque de l'indépendance. Vous avez les noms de Kasavubu, Jonas Mukamba qui vit encore. Vous avez aussi des gens du régime Mobutu, des ministres de Laurent Désiré Kabila, de Joseph Kabila et de la transition. On pourrait dire que **les Congolais se réconcilient quelque part avec leur histoire en ayant exprimé leur suffrage à des formations qui représentent un peu toutes les strates politiques du Congo depuis 1960**.

Autre chose, **il ne faut pas s'obnubiler sur la question de l'opposition entre la zone Est et Ouest**. C'est une réalité sur lesquels les hommes politiques jouent. Mais dans les résultats, des gens de l'Est ont voté pour des gens de l'Ouest et vice versa.

Par ailleurs, tout d'un coup vous avez une formation totalement inattendue, le MSR, piloté par une grande figure de la société civile congolaise et notamment du Kivu : Pierre Lumbi, appuyé par un conseiller de l'actuel

président sortant. Cela renvoie à une ambiguïté selon moi de la société civile au Congo où **un brouillage se produit, depuis plusieurs années déjà, entre société civile et Etat** qui pose question. En d'autres termes, la société civile est devenue une catégorie politique, ce qui pourrait poser problème en ce qui concerne l'autonomie qu'on attend de cette société civile par rapport à l'Etat.

Comme le dit la chanson de Léo Ferré, « *Ils ont voté et puis après ?* » Tout reste à faire.

Il y a la question des **bandes rebelles qui reprennent en Ituri, l'ancienne armée non brassée dans le nord Kivu, beaucoup de foyers d'insécurité**. Mais le principal foyer d'insécurité reste malgré tout ce foyer dit intégré avec des gardes prétoriennes qui ne sont pas du tout intégrées. Vous avez le phénomène du brassage. Il y a théoriquement 14 brigades brassées sur les 18 mais cela ne signifie pas qu'elles sont formées. Au niveau des brigades formées par l'Angola, l'Afrique du sud et la Belgique, on en est à 2 ou 3.

Il y a aussi cette **grande question de l'impunité**. On n'est nulle part, comme le

faisait remarquer le Directeur de la division droits de l'homme de la Monuc.

Bien sûr il y a Thomas Lubanga qui est emprisonné à La Haye mais tout ce qui s'est passé au niveau des grands chefs de guerre est encore un grand point d'interrogation. On fera aussi remarquer que si on a dépensé 30 millions pour les frais de fonctionnement de la Commission Electorale Indépendance, on a dépensé seulement 1,5 millions pour l'organe Kinshasa où les petits centres provinciaux n'ont rien à dire. Vous avez aussi ce gros problème de cette commission réconciliation et vérité dans laquelle vous voyez des représentations des chefs de guerre. On n'a pas fort avancé dans ce domaine.

Dr Didier CANNET

Merci beaucoup. J'en profite pour vous remercier pour la revue de presse sur les Grands Lacs que vous nous envoyez chaque semaine (sur le site www.metafro.be). Je passe la parole à M. Michel GALY.

M. Michel GALY, anthropologue et politologue

Merci. J'avais intitulé ma contribution « Reconstruire les Etats ou les sociétés ? ». Je suis plutôt un spécialiste de l'Afrique de l'Ouest mais on m'a demandé justement de faire une comparaison en contrepoint. Vous comprendrez vite que ce sera une parabole pour parler du Congo et que ça me permettra de poser un certain nombre de questions sur le post conflit, y compris au monde humanitaire et aux ONG comme Médecins du Monde.

Peut-on prévoir à l'avance la réussite ou l'échec d'un processus de paix ? On peut se demander ce qu'il y a de commun entre un pays continent comme le Congo, fort de 300 ethnies, avec un micro-Etat comme le Libéria (1,5 millions d'habitants et une douzaine de groupes). Ce n'est pas la bonne échelle. Il sera plus juste de **comparer la RDC avec la zone ouest africaine**.

S'il y a des points communs, c'est **une guerre de longue durée qui tourne entre plusieurs pays et d'autre part on assiste à une action standardisée de la communauté internationale qui dispose de recettes et de standards à propos du post conflit qu'elle entend dupliquer** avec des échecs, des demi succès ou des situations ambiguës. Réfléchir de manière positive et réformiste sur ces

échecs amènera-t-il à une réussite du post conflit au Congo ? On peut garder aussi un certain scepticisme quand on se place dans la longue série des situations difficiles. Ces situations post conflits, on le verra, sont parfois aussi des situations d'inter conflits : il y a des risques évidents de reprise de la guerre.

Je voudrais demander d'abord : dans quel lieu travaille-t-on ? J'ai été frappé en travaillant sur plusieurs terrains sur la sociologie ou la politologie du développement, de ces **grandes oppositions territoriales** qui préexistent aux interventions onusiennes ou des ONG, mais qui parfois et de manière non voulue, sont renforcées par leur action.

En général, il y a une grande opposition géopolitique entre les capitales côtières et les populations de l'hinterland. C'est un symptôme territorial, géopolitique, de l'échange inégal et ces sortes d'anomalies urbaines se renforcent, dans le post conflit, par des logiques qui deviennent vite incontrôlables et qui sont renforcées par ce que j'appellerai de manière un peu critique « le système de gouvernance mondiale ». Que le siège des organisations internationales soit dans les capitales est bien connu, mais que ceux des ONG qui n'exercent

parfois des projets que dans les provinces l'est moins.

Les expériences politiques comme Abuja ou Yamoussoukro sont pour l'heure peu concluantes, bien qu'elles essaient de compenser le désert intérieur par exemple du Nigeria ou de la Côte d'Ivoire par rapport à la population de la capitale.

Est-ce qu'on réfléchit dans le monde humanitaire sur ce dualisme fondateur ? J'en doute.

Pourtant, on pourrait penser que dans le cas du Congo, il y a une opposition majeure avec l'Afrique de l'Ouest : c'est une apparente concentration des richesses vers les périphéries, notamment à l'Est, ce qui expliquerait à la fois les tentatives sécessionnistes et les convoitises des pays limitrophes. Or il n'en est rien. En Afrique de l'ouest, un des enjeux majeurs et un peu caché jusqu'ici des conflits sont les gisements de fer des monts Nimba dans ces frontières disputées aux limites de la Côte d'Ivoire, du Libéria et de la Sierra Léone.

Commune aussi en Afrique de l'Est et de l'Ouest, **cette logique d'enclave du développement** en général et des sociétés minières en particulier qui sont en quelque sorte « hors sol » par rapport aux communautés locales. Je ne suis pas sûr que l'habitus des humanitaires, comme dirait Bourdieu, en soit exempt. Est-ce qu'il y a cette extériorité des projets par rapport aux sociétés locales ? On va aussi en discuter.

De manière très macro, et cela fonctionne particulièrement en période de guerre, ces extorsions alimentent en toute opacité les fortunes personnelles des dirigeants et les caisses de l'Etat de manière parfois marginale : que ce soit les mines au Congo, les diamants de Sierra Leone, ou le pétrole congolais. Ce n'est pas forcément la cause des conflits mais cela contribue très certainement à les entretenir.

Il est bien sûr à craindre que dans le processus vertueux du post conflit tel qu'il est théorisé par la communauté internationale, ces ressources parallèles et qui sont cruciales et fondamentales soient exclus de ces processus post conflit, ce que reconnaît par exemple l'organisation britannique DFID à Freetown en Sierra Leone par rapport aux diamants qui constituent le nerf de la guerre, le cœur de la prédation des seigneurs de la guerre ou des dirigeants de l'Etat.

Les effets pervers de l'aide, combinés à l'afflux massif des missionnaires en tous genres dans la capitale (magnifiques 4/4, stickers

flamboyants des différentes organisations qui sont le reflet de tout un mode de vie et a un effet d'entraînement sur les administrations locales), cet effet massif est renforcé par l'exode rural qui attire les populations vers les centres urbains qui servent alors de refuge. Tout cela contribue à **renforcer les inégalités géopolitiques** qui sont en quelque sorte belligènes. En particulier dans des pays comme la Sierra Leone et le Libéria, ces oppositions entre les privilégiés de la capitale et les exclus de l'intérieur sont une des structures de base qui ont causé la guerre et auxquelles personne au fond ne réfléchit alors qu'en terme d'aménagement du territoire, cela paraît fondamental.

Je serai un peu plus bref sur la partie des **guerres nomades**. Vous pourrez consulter plusieurs de mes écrits sur ce sujet par internet. Les guerres nomades transfrontalières veulent dire qu'il est très difficile de « faire la paix dans un seul pays ». Par exemple en Afrique de l'Ouest, le conflit tourne depuis 15 ans à partir d'un foyer entropique de désordre initial, à la frontière du Libéria et de la Sierra Leone avec à l'époque Charles Taylor qui gagne un, deux, trois, quatre pays par le biais des ethnies transfrontalières et des guérillas qui réinterprètent l'ethnicité.

Cette dimension de l'ethnicité est antithétique avec un modèle interventionniste occidental contre-insurrectionnel. Celui-ci agit dans des pays en guerre comme le Libéria ou la Sierra Leone, avec une répression relativement violente, tendant au début à conquérir la capitale et à s'élargir en tâche d'huile à l'ensemble du territoire. Il est accompagné de négociations permanentes avec les parties en conflit qui les mènera à déposer les armes et à participer au processus électoral. Là encore, cela a été un échec. Dans un pays comme la Sierra Leone, Kabbah, le président d'avant le conflit, qui a été réinstallé dans les fourgons des troupes onusiennes, a peu de légitimité. Et surtout, les mouvements rebelles comme le RUF (le Front révolutionnaire uni à l'époque de Fodeh Sankho) n'ont aucun élu dans les élections tandis que même les partis d'autres opposants comme Koroma ont été exclus. On se retrouve donc avec un président mal élu, un monopartisme à l'Assemblée, une moyenne puissance, la communauté britannique et les Nations unies, qui se sont retirées de Sierra Leone, mais sont toujours très présentes au Libéria, et qui tiennent fermé le couvert de la marmite : ce qui fait que le conflit est peut être différé, et peut être reprendra. On peut prendre

le pari malheureux qui si le conflit s'arrêtait en Côte d'Ivoire, ces petits groupes armés repasseraient la frontières du côté du Libéria et de la Sierra Leone vers les points faibles de cette guerre nomade, qui tourne encore une fois dans plusieurs pays.

Je m'attarderai rapidement sur les logiques sociales autochtones et les logiques de l'aide, en me demandant très vite **si l'ethnicité n'est pas le point aveugle du post conflit pour les organisations internationales et pour les humanitaires**. Effectivement, dans ces pays d'Afrique de l'Ouest, peu le prennent en compte, y compris les ONG alors qu'il y a une double articulation de l'ethnicité : c'est là encore une des causes premières du conflit. L'opposition notamment entre les privilégiés de la capitale et les « indigènes » de l'intérieur. Je ne pense pas que cela existe de cette manière dans les Grands Lacs. Mais la seconde articulation porte sur des **oppositions traditionnelles entre provinces et ethnies**, qui sont séculaires et se poursuivent à l'ombre du politique et du système électif. Or, ce jeu de l'ethnicité existe même dans les projets de développement, y compris en période de paix. J'ai vu par exemple au Libéria une grande ONG française -qui n'est pas Médecins du Monde, où c'étaient les employés locaux qui géraient ces questions de sécurité parfois cruciales ,qui consistaient à dire par exemple qu'on n'envoie pas du personnel local de certaines ethnies chez d'autres , et réciproquement en période de post conflit, au risque d'engendrer des violences très graves. Dans le monde du développement, cela peut englober d'autres dimensions comme par exemple celle des castes à Madagascar où j'ai travaillé avec CARE international. Tous leurs agents sans exception au siège faisaient partie des deux castes dominantes. Personne ne voulait aller dans les villages ou les quartiers de descendants d'esclaves. Malheureusement, ce genre de non approche des divisions internes qui sont des causes conflictuelles n'est pas réservé aux ONG américaines.

Quels sont **les échecs que j'ai pu voir au Libéria dans les catégories sociales ciblées par les ONG** ? J'ai été frappé par le fait que les enfants soldats ou les femmes qui participent aux groupes armés sont touchés de manière très minoritaire par les projets qui les concernent. Par exemple, l'évaluation post conflit au Libéria disait qu'environ 50% des enfants soldats n'étaient finalement pas touchés. Le chiffre montait jusqu'à 80% pour les femmes qui participaient aux groupes armés. C'est une grosse pierre dans le jardin

du système des Nations Unies et celui du Désarmement, Démobilisation et Réinsertion (DDR) qui lient de manière un peu trop abrupte l'identification des anciens combattants, en tous cas de ces populations cibles, à la remise d'une arme. Ils ont ailleurs des processus de débriefing et de soins des traumas extrêmement rapides qui, d'après des spécialistes que j'ai vus sur le terrain, renforcent plus les traumas liés à la guerre, notamment chez les enfants, qu'ils ne les résolvent.

On a aussi sous estimé des solutions qui concernent l'ensemble des anciens combattants : par exemple, partir dans un pays limitrophe ou revenir tout seul à la vie civile, ou pour les enfants soldats entamer une dialectique avec la délinquance passée d'enfant des rues à enfant soldat et réciproquement durant les périodes successives du conflit.

Enfin je conclurai sur mes opérations de terrain en me demandant avec vous : **à qui les humanitaires s'adressent-ils dans les projets** ? Il y a un clivage bien connu de tous les africains et africanistes, celui des aînés, des anciens des villages et des cadets, les plus jeunes. Or ce que j'ai constaté, notamment dans les programmes de santé en Sierra Leone, c'est que les humanitaires, à cause de leur âge, s'adressent spontanément aux cadets sociaux, aux plus jeunes. Ce n'est pas forcément la bonne voie pour faire un projet communautaire car ce sont souvent les aînés qui ont le pouvoir. Cela explique donc beaucoup d'échecs. Par ailleurs, est-ce que les cadres qui résident dans les grandes villes sont pris en compte alors qu'ils sont ressortissants du village et qu'ils existent même si on ne les voit pas au village ? C'est aussi tout à faire rare.

En conclusion, je voudrais **mettre en garde**, dans ces processus post conflit, contre ces fausses bonnes solutions, qui consistent notamment à **manipuler la culture communautaire**, par exemple les rituels de réintégration des anciens combattants ou des enfants soldats. Il me semble que ce n'est pas aux humanitaires d'agir les rituels car ils ont trait au spirituel, voire au sacré. Est-ce qu'entrer dans le code génétique des communautés, par exemple s'intéresser de manière tout à fait louable à la violence envers les femmes ou leur sexualité, est bien la place des humanitaires ? Ce n'est pas sûr non plus.

Pour remonter le moral de l'assistance, malgré tous ces échecs relatifs, j'ai entendu une

réflexion cynique et tout à fait réaliste au Libéria qui disait : « *C'est vrai nous avons échoué mais qu'est ce que nous avons fait ? Nous avons acheté du temps.* » Ce qui veut dire en clair qu'en **distribuant des salaires, en impliquant les personnes de la société civile dans des opérations de développement, on laisse la société se reconstituer elle-même et c'est malheureusement parfois beaucoup plus efficace.**

Discutant : M. Jean-François PLOQUIN, secrétaire général du COSI et secrétaire du Réseau France Afrique centrale

J'essaierai de dégager quelques axes de réflexion. Le Dr MIAKA évoquait tout à l'heure la nécessité d'intervenir dans le secteur de la santé, ces dernières années, *malgré* la guerre ; aujourd'hui, dans une perspective « post conflit », nous parlons d'intervenir *après* la guerre. La question est de savoir si l'on ne se situe pas trop rapidement dans cette perspective. Est-ce qu'on ne fonde pas des espoirs prématurés sur le processus électoral ? **On ne passe pas d'un jour à l'autre du conflit au post conflit.** Comme l'indiquait Colette BRAECKMAN, le pire n'est pas sûr, la paix n'est pas certaine : on reste dans cette incertitude.

A côté des enjeux de sécurisation du territoire et de neutralisation des fauteurs de troubles se dresse le défi, au-delà des élections, de la reconstruction des institutions et de la société politique. On a peu parlé des élections dans les interventions précédentes mais ayant été observateur lors des derniers scrutins, j'ai constaté le contraste existant entre d'une part l'enthousiasme d'une population très majoritairement désireuse de voter, l'abnégation et la compétence des agents électoraux, l'appui décisif de la communauté internationale, et d'autre part le comportement parfois irresponsable d'acteurs politiques qui continuent à avoir recours à la force armée pour régler leurs différends. Cela témoigne de **l'énorme chantier de reconstruction du politique, qui dépend autant du comportement de ses acteurs que des institutions**, et pose la question du lien entre les citoyens électeurs et une classe politique qui, comme l'a souligné M. mwayila TSHIYEMBE, n'émane le plus souvent que d'apparences de partis. De ce point de vue, le risque de brouillage signalé par Jean-Claude WILLAME s'agissant d'acteurs de la société civile qui, émergeant du fait de leur

Je vous remercie.

Dr. Didier CANNET

Merci Michel GALY pour ce regard croisé avec l'Afrique de l'Ouest. Nous allons démarrer le débat avec la salle grâce à notre discutant Jean-François PLOQUIN

enracinement dans le développement local, sont souvent récupérés par la sphère politique, doit retenir notre attention, dans la mesure où ces acteurs sont parfois nos partenaires opérationnels.

S'agissant de la reconstruction des institutions, j'aimerais demander aux intervenants **quels espoirs ils fondent sur la décentralisation engagée ?** La constitution adoptée en décembre 2005 reconnaît des compétences et des moyens financiers accrus aux provinces, et les élections provinciales du 29 octobre vont générer des assemblées puis des exécutifs provinciaux : c'est quelque chose de nouveau, même si l'histoire du Congo a connu des précédents. Que peut-on attendre du rapprochement géographique entre décideurs et populations par rapport à la situation présente qui voit le pouvoir central et la classe dirigeante évoluer sans contrôle à 500, 1000 ou 1500 km des administrés ?

A également été abordée la question de **la fragilité du processus politique en cours et du rôle de son renforcement par la communauté internationale.** La force de sécurisation EUFOR n'a pas vocation à rester au-delà des élections. Quant à la MONUC, se posera la question de son mandat et de ses moyens dans un pays qui se sera doté d'institutions légitimes internationalement reconnues.

Autre sujet important, celui du traitement de l'impunité : **comment la Cour Pénale Internationale (CPI) va-t-elle exercer son mandat ?** Après l'échec de la Commission Vérité et Réconciliation, après une période qui a vu privilégier la stabilité de la transition plutôt que la satisfaction de la demande de justice, le temps n'est-il pas venu pour le Parquet de la CPI de poursuivre certains acteurs – il y en a

dans pratiquement tous les camps – à qui sont reprochés la responsabilité de la commission de crimes de guerre, voire de crimes contre l'humanité ?

Je terminerai en faisant écho à l'intervention de Michel GALY et à son interpellation des ONG du Nord s'agissant de la prise en compte de paramètres anthropologiques comme le fait ethnique, la relation entre aînés et cadets sociaux, pour **une compréhension plus fine des sociétés – tout en évitant de s'y engager trop**. Cette interpellation relève cependant davantage des stratégies d'intervention qui seront abordées plus tard dans la journée.

Dr Didier CANNET

Merci. Nous lançons maintenant le débat.

Questions de la salle

Je suis porte parole de la diaspora congolaise de France, regroupée autour de la plate-forme pour la défense du Congo. Vous avez parlé beaucoup plus de la politique que de problèmes de santé. Il y a donc réellement un problème politique au Congo. Mme BRAECKMAN par exemple a brossé un tableau noir de la situation actuelle : elle reconnaît les pillages, la non unification de l'armée, l'insécurité... Médecins du Monde reconnaît qu'il y a eu 4 millions de morts au Congo, liés à des problèmes de maladie. C'est faux. 95% des morts sont liés à des problèmes de guerre, de viols perpétrés par les Rwandais et tous les militaires qui sont au Congo et propagent le sida et autre. Il y a 450 ethnies en RDC mais les Congolais sont un et unis depuis le 30 juin 1960. Le clivage Est-Ouest n'existe pas chez nous. Notre question est simple : **qu'est ce que vous ferez, vous, la communauté internationale, du vote des Congolais le 29 octobre 2006 ?** Allez vous encore inverser les résultats comme au 1^{er} tour ? Que le peuple français comprenne une fois pour toutes, M. Kabila n'a pas eu les 44,8% qu'on lui accorde. Il a été battu dès le 1^{er} tour. La communauté internationale, à travers notamment les écrits de Malu Malu, a tout fait pour inverser les résultats du vote des Congolais. Pourquoi parlez-vous de la démocratie ? Y a-t-il deux sortes de démocratie ? Le premier principe de la démocratie, c'est de respecter la volonté populaire. Vous n'avez pas respecté la volonté des Congolais. Les Congolais de l'étranger

tout comme ceux qui sont au pays ont déjà choisi Jean-Pierre Bemba comme leur Président de la République. Nous refusons votre imposition de M. Kabila.

Dr Didier CANNET

Dans la première partie nous allons brosser l'état sanitaire et humanitaire de la RDC. On se devait dans un premier temps de faire un état des lieux politique avant d'aborder la santé qui nous préoccupe en tant que médecins. Le représentant d'IRC nous fera un exposé plus détaillé de la mortalité liée à la guerre.

M. Mwayila TSHIYEMBE

Dans ce forum, il n'y a pas de représentants légaux de la communauté internationale. Nous sommes des chercheurs ou des spécialistes de la santé. La meilleure manière de répondre à votre question est d'appeler la communauté internationale institutionnelle, c'est à dire les Nations unies, l'Union européenne et l'ensemble des Etats qui financent les élections au Congo, à garantir leur caractère libre, démocratique et transparent, conformément à la loi et à leur propre engagement. Nous n'avons aucune prise sur vos spéculations. Mais la seule garantie pour que la paix règne dans notre pays, notamment lors du second tour des élections présidentielles et des élections provinciales, communales, locales, est que tout le monde joue sa partition à la fois les acteurs politiques (Bemba et Kabila en tant que premiers intéressés) et la communauté internationale. Il y a eu la violence au mois d'août 2006 à Kinshasa, mais il y a aussi eu des engagements pris qui méritent d'être respectés. Notre souci, et je parle en tant que Congolais, est de demander à ces hommes d'Etat de faire tout ce qui est en leur pouvoir pour **garantir l'engagement qu'ils ont pris en faveur de la paix, la démilitarisation de la ville de Kinshasa, y compris pour la Commission Electorale Indépendante et la MONUC, la garantie du caractère libre, démocratique et transparent des élections**, seules conditions permettant aux urnes de dire le 29 octobre à qui le peuple congolais confie son destin pour 5 ans.

Question de la salle

Je suis congolais, médecin chirurgien et je travaille à Genève. Je suis surpris que la

communauté médicale congolaise de la diaspora n'ait pas été suffisamment informée de cet événement. Il y a un certain nombre de « médecins à diplôme étranger » en France qui sont d'origine congolaise. A Genève, je vois beaucoup d'ONG qui veulent aider à la reconstruction de l'Afrique. Elles partent pour quelques unes en kamikaze sans impliquer la population locale dans les activités sur le terrain. La population congolaise n'est pas suffisamment informée des systèmes modernes en ce qui concerne la médecine. Par exemple, il n'y a pas un seul appareil de résonance magnétique dans le pays. Pourtant, il y a beaucoup de Congolais qui travaillent dans des institutions médicales occidentales qui connaissent la médecine, et qui ont une dimension ethnologique congolaise supérieure à celle des étrangers qui vont travailler au Congo. Il serait bien que cette population soit aussi associée à tous les projets de mission qui sont faits au Congo. Pour les impliquer, il faut tout simplement les solliciter et pour cela mettre des liens sur des forums congolais quand vous organisez des forums de ce type. Les projets élaborés au niveau du Ministère des Affaires Etrangères sont très favorables à la reconstruction de pays comme le Congo mais je souhaiterais qu'au niveau de ce ministère on puisse **faire le recensement des personnalités médicales congolaises de l'étranger, notamment en France, pour qu'elles puissent être associées aux propositions sur ce qu'il est nécessaire de faire dans nos pays d'origine.** J'ai été formé comme médecin au Congo, j'ai travaillé dans des hôpitaux congolais. Depuis 5 ans, j'y retourne de manière complètement solitaire pour aller reconstruire un hôpital de province qui était complètement par terre. Beaucoup d'autres médecins d'origine congolaise font la même chose mais on le fait souvent en ordre dispersé. J'aimerais bien qu'une institution comme Médecins du Monde ou le Ministère des Affaires Etrangères puisse nous fédérer autour de ces projets qui sont très salutaires et pourront contribuer à la reconstruction du pays. Je vous remercie.

Dr Didier CANNET

Toutes ces questions, nous allons les aborder cet après midi, en particulier à avec Sefu Papa KAWAYA et Géraldine ANSART du programme MIDA Grands Lacs.

Question de la salle

Je suis juriste de formation et d'origine congolaise. Je voulais poser une question à Colette BRAECKMAN. Tout à l'heure dans son intervention elle a parlé de l'encadrement des journalistes congolais en évoquant le thème identitaire largement développé dans la presse congolaise. Elle semblait s'en offusquer parce qu'elle trouvait que c'était un peu dangereux. Je ne m'offusque pas autant que vous. Vous avez eu vous-même à écrire sur ces questions, notamment le problème de l'identité de l'actuel chef d'Etat congolais. En 2001, vous vous êtes aussi posée la question sur ses origines. Il faut placer la question dans le contexte congolais pour pouvoir comprendre pourquoi les journalistes congolais parlent du problème identitaire : on a connu en 1996-1997 une guerre d'invasion qui a amené des Rwandais et des Ougandais au pays. Dans un premier temps, les premiers responsables étaient présentés comme congolais. Par exemple, M. James Kabarebe, le chef d'Etat major de l'armée rwandaise de 1997 à 1998 était le chef de l'Etat major de l'armée congolaise et on nous l'avait présenté comme un Congolais. En 1998, quand Kabila a interrompu la coopération avec les rwandais, il est parti avec un certain nombre de membres du gouvernement et est devenu immédiatement chef d'Etat major de l'armée rwandaise. A ce moment là on nous a dit que c'était plutôt un Rwandais. **Comment pouvez-vous vous offusquer que les gens posent la question de l'identité des personnes qui doivent les diriger** alors qu'on a vu que des gens occupaient des postes stratégiques dans un pays en conflit à la base du pillage et de la mort de 4 millions de personnes ? Si on ne pose pas cette question là pendant les élections, qui est une période de débats, à quel moment peut-on la poser ? Ce n'est pas un manque de déontologie il faut plutôt le débattre et apporter des réponses au lieu de botter en touche et reporter.

J'ai cru comprendre dans vos propositions que vous parliez après les élections de **ne pas dénoncer trop vite les contrats miniers** qui ont été conclus et prolonger la tutelle de la communauté internationale sous une autre forme. Cela m'étonne car revoir les contrats miniers est un préalable qui va de soi pour construire un Etat de droit. J'espère que j'ai mal entendu. Si c'est vraiment votre propos, merci d'apporter des éclaircissements.

Je voulais aussi rebondir sur ce que M. WILLAME a dit à propos du brouillage entre la

société civile et le politique. Ce que je pense c'est que **la société civile au Congo existe mais elle n'est pas vraiment écoutée et associée**. Ce sont par exemple l'Eglise catholique qui a contact avec les paroisses dans tout le pays, au plus près de la population, ce sont aussi les entrepreneurs. Depuis les pillages de 1991-93, le système de transport n'existe pas. Dans la ville de Kinshasa, ce ne sont que des privés particuliers qui assurent les transports en commun. Voilà la société civile qu'on devrait associer au débat.

Mme Colette BRAECKMAN

Excusez-moi si je me suis mal exprimée. A propos des contrats miniers, je n'ai pas du tout dit qu'ils ne devaient pas être revus après la fin de la transition. Bien au contraire. Mon souhait personnel est qu'ils soient passés au crible par des juristes internationaux et qu'ils soient dûment dénoncés par un Etat responsable. J'ai simplement exprimé ma crainte qu'ils ne le soient pas et que l'appareil international qui s'est mis en place pour aider le Congo à aller vers les élections soit encore présent après les élections et essaie de dissuader le nouveau pouvoir, quel qu'il soit, de changer quoi que ce soit au terme de ces contrats qui ont bénéficié à des sociétés occidentales. J'ai plutôt exprimé un constat et une crainte.

Quant à la question identitaire, je maintiens que dans le débat elle prend une grande place et que **cette question sur la nationalité des candidats en tous cas de l'un d'entre eux, occulte le débat et l'examen du bilan, du programme et des perspectives d'avenir**. On en oublie les véritables agresseurs de l'époque du début de la guerre qui étaient les pays voisins.

M. Michel GALY

J'aimerais exprimer le parallèle qu'on peut faire avec d'autre pays. Il est évident qu'il y a une résonance entre ivoirité et congolité. Par rapport à la nationalité des candidats, il y aurait effectivement des parallèles à mener. Mais je me demande si c'est, comme vous l'avez dit, à la communauté internationale de fixer les thèmes du débat électoral. Personnellement, je pense que non. **S'il y a un côté xénophobe évident dans ces questions d'identité, il y a aussi un versant de construction et d'identité nationale**, qui n'est pas forcément nouveau.

Dr Didier CANNET.

Merci à tous.

PANORAMA DE LA SITUATION SANITAIRE APRES LE CONFLIT

Modérateur : Dr Frédéric JACQUET, responsable de mission à Goma en RDC, Médecins du Monde

Bonjour tout le monde. Nous allons commencer notre seconde table ronde. Nous venons de voir que le processus politique en cours est un processus majeur. Nombreuses sont les voix qui nous indiquent qu'il est fragile, incertain certes, mais il existe. Il offre une véritable opportunité qu'il est temps de saisir. A travers les réflexions déjà amorcées et les mécanismes qui commencent à s'enclencher pour la reconstruction des différents secteurs au Congo, le seul fait qu'ils s'enclenchent peut aussi contribuer à renforcer le processus. Faisons le pari de l'intelligence et de la paix.

Dans les discours d'ouverture précédents, les différents intervenants ont présenté des éléments importants autour des enjeux que représente la santé. La santé des populations est effectivement un enjeu majeur pour la construction d'une nation. Nous aurons l'occasion d'entendre un certain nombre d'intervenants qui nous diront **qu'on ne construit pas une nation avec des cadavres mais qu'on construit aussi une nation en respectant les droits des personnes et des populations, en essayant de mettre en place les politiques publiques pour satisfaire les besoins élémentaires, dont la santé fait partie.**

Cette table ronde est l'occasion pour nous d'entrer dans le champ de la santé, en essayant de brosser un **état des lieux et un bilan**, avant d'évoquer la reconstruction cet après midi.

Nous vous proposons de l'organiser en deux temps forts :

- un premier centré sur **les populations** avec une approche assez générale. Nos amis d'IRC vont nous présenter les travaux d'enquête qui font référence en la matière et les perspectives de développement que cette organisation entend mener dans le champ de la santé. Puis nous aurons deux autres interventions plus thématiques : une centrée sur la

question des femmes, l'autre des enfants ;

- le deuxième temps fort de cette table ronde sera centré sur les questions de **santé à proprement parler** et des **structures de santé**. Une approche générale avec les auteurs impliqués, la réalité de ce système de santé au niveau d'une province, et enfin la réalité du système de santé et des ressources humaines en santé au niveau des structures de soins.

Nous enchaînerons ces présentations successives par l'intervention d'un discutant. Elles seront suivies à la fin d'un débat général avec la salle.

> Bilan humanitaire du conflit

Je vais vous présenter les intervenants de notre premier temps fort :

- M. Loïc AUBRY. Vous êtes coordinateur technique pour International Rescue Committee (IRC) ;
- Mme Aimée MWADY KADY, vous êtes biologiste clinique de formation, vous êtes présidente nationale de l'ONG Society for Women Against Aids in Africa, vous êtes référente locale de l'ONG People's Health Movement, vous êtes conseillère du Global Fund for Women et initiatrice du Groupement de solidarité pour les femmes avec les micro finances ;
- M. Dominique KABAMBA. Vous êtes ingénieur électronicien de formation, licencié en animation culturelle et développement, directeur d'Aide à l'Enfance Défavorisée ;
- Enfin, Dr Patrick Hirtz, responsable de mission au Libéria pour Médecins du Monde.

M. Loïc AUBRY, IRC, conseiller technique en soins de santé primaire

Je suis spécialiste en santé publique internationale et je suis là pour vous présenter la contribution de l'ONG IRC à ce colloque. J'effectue des missions humanitaires depuis plusieurs années en RDC et je travaille depuis un an avec IRC comme conseiller technique en soins de santé primaire.

Cette contribution abordera le bilan humanitaire des conflits qui ont ravagé la RDC depuis 1996. Elle débutera par une approche chronologique des actions d'IRC au Congo puis s'intéressera ensuite aux conséquences de ces conflits sur la population.

La mission d'IRC est essentiellement l'assistance aux victimes de conflit. C'est pour ce mandat qu'IRC est arrivé au Zaïre en 1996. C'est dans le cadre de cette urgence que nous avons pu constater, au-delà de la détresse des réfugiés, que la population locale était sérieusement déstabilisée par cet exode. Non seulement elle était pauvre et démunie au préalable, mais l'afflux important de réfugiés ayant augmenté la rareté et donc le prix des denrées, mais aussi saturé les services sociaux, elle devenait aussi victime du conflit. Dès l'année suivante, la première guerre générait ses premiers dégâts et nos opérations, comme celles de la plupart des organisations humanitaires, s'étendaient alors pour apporter une aide massive aux populations de l'est du pays. Cette aide, en coordination avec les agences onusiennes et les bailleurs de fonds d'urgence visait essentiellement à répondre à des crises aiguës où sauver des vies consistait d'abord à fournir de quoi vivre au jour le jour.

A partir de 2001, l'assistance aux victimes de conflits s'est étendue parce que le deuxième conflit s'est enlisé. Constatant que les populations assistées n'avaient quasiment pas accès aux soins, les institutions ont sollicité notre intervention dans ce domaine. En effet, l'aide fournie aux victimes ne leur permettait pas d'être soignées correctement et le nombre et la dispersion des déplacés étaient si importants qu'il était extrêmement compliqué de leur apporter de l'aide et des soins dans ces conditions. De nombreuses populations étaient d'ailleurs coupées du reste du monde, au Kivu, au Katanga ou au Kasaï oriental. A cette époque, on a fait face à **une des plus graves crises humanitaires de tous les temps avec des millions de vie menacées.** Des projets décentralisés sur les zones de santé devenaient impératifs pour répondre aux

besoins. Malheureusement, les structures de santé des zones d'intervention ciblées n'étaient pas opérantes, les conséquences du conflit s'ajoutant à la dégradation de la situation économique dans les deux dernières décennies avaient fini de mettre à mal le système de santé du pays. On a vu d'ailleurs que le personnel soignant dans de nombreuses structures n'était plus en poste, le matériel avait été pillé ou était obsolète, l'absence de moyens financiers bloquait le fonctionnement des services.

Pour permettre aux populations d'accéder aux soins, il fallait redémarrer les centres de santé et les hôpitaux. Le plus lourd a été le recrutement international de personnel d'encadrement, de personnel soignant et l'importation de médicament et d'équipement. Il y avait aussi tous les coûts liés au support logistique, notamment le transport car tout se faisait par air. Il fallait aussi l'énergie, les communications, la sécurité qui ont élevé le coût de ces projets. A cette époque, on a calculé que les rendements étaient parfois supérieurs à \$10 par ordonnance. Pourtant les demandes des populations, des autorités, des institutions internationales pour augmenter le nombre de zones de santé appuyées affluaient sans cesse. C'est la plus grande partie du pays qui devait être aidée dans le domaine de la santé. Malheureusement comme de nombreux autres intervenants, **IRC ne pouvait étendre beaucoup plus ses activités par manque de ressources humaines et financières.**

L'autre difficulté vient aussi de la brièveté des interventions qui ont été menées. Soit pour des raisons de financement, soit pour des raisons de sécurité, les programmes étaient régulièrement suspendus, voire arrêtés et évidemment leur impact ne durait pas.

Devant la difficulté à exécuter ces projets, **en 2004, IRC a réalisé une nouvelle étude auprès de 19 000 ménages** sélectionnés aléatoirement sur l'ensemble du territoire afin de **mesurer précisément l'état sanitaire des populations congolaises.**

Cette étude, qui a été depuis publiée dans plusieurs revues scientifiques, est une référence en la matière, même si d'autres intervenants ont également conduit les leurs sur des sujets connexes.

Suite à l'analyse et malgré des suppositions allant en ce sens, **les résultats sont effrayants.**

En comparant la mortalité sur la période 1998 à 2004 à la moyenne de l'Afrique subsaharienne, **ce sont près de 4 millions de décès en plus qui sont imputables aux conflits.**

Mais ce bilan est, en fait, à attribuer en grande partie à un déficit de soins et d'alimentation équilibrée car 98 % décèdent de mort non-violente. Malgré tout, les taux les plus élevés sont directement corrélés aux périodes et à la localisation des violences, donc à l'est du pays.

Vu les conditions de vie, les premières victimes sont bien entendu les jeunes enfants qui tombent malades plus souvent et les femmes devant accoucher avec des chiffres parmi les plus élevés au monde.

Les Congolais et les Congolaises décèdent donc précocement du fait de leur impossibilité à se faire soigner. L'étude révèle que les taux de mortalité n'ont pas baissé de manière significative entre 2001 et 2004.

Suite à ce terrible constat, IRC a utilisé ces résultats pour soutenir son plaidoyer en faveur d'un élargissement de son intervention.

La nécessité que davantage de personnes soient couvertes par les services de santé de base est un défi qui a engendré une large réflexion et des remises en cause dans nos méthodes de travail.

La seule solution était d'**aider à la remise en route des services de santé de manière globale pour satisfaire l'ensemble des besoins de soins de santé primaires.**

Cependant, il était nécessaire auparavant d'évaluer de manière précise les moyens et stratégies de mise en œuvre de ce type de projet ainsi que de trouver les ressources financières pour réaliser des programmes sur des périodes plus longues auprès des bailleurs institutionnels.

Comme ce remodelage de nos programmes pouvait prendre du temps, il a été décidé de préparer l'implantation de ces nouveaux projets en mettant en place des phases de transition pendant lesquelles les préalables seraient testés. Une nouvelle méthodologie a ainsi été testée en s'appuyant systématiquement sur le cadre de fonctionnement du Ministère de la Santé que se soit en matière de politique sanitaire qu'en déléguant la gestion des zones de santé à son personnel.

L'étude préalable à la mise en place de programmes de développement a d'abord pris en compte la situation du cadre de fonctionnement. Suite aux accords de Sun City et au partage du pouvoir par les différents

protagonistes du conflit, la réunification du territoire pouvait se faire. Mais ce contexte n'apportait pas au système de santé les capacités de fonctionner de façon autonome. Le manque de moyens financiers de l'Etat congolais n'est d'ailleurs qu'un reflet de la situation économique. Même les secteurs anciennement générateurs de revenus se sont effondrés. Ce qui n'est pas surprenant car plus aucun service public ne fonctionne correctement non plus, l'administration n'est d'ailleurs pas présente sur certaines parties du territoire.

La production locale étant en berne et l'importation de produits, aléatoire, la population est confrontée à des restrictions extrêmes, d'autant plus que les denrées agricoles, rares à cause du manque d'intrants et de problèmes de sécurité, ont du mal à atteindre les consommateurs.

En conséquence, la situation dans laquelle la population congolaise vit encore à l'heure actuelle est certainement une des plus difficile que l'on puisse rencontrer.

Cette évaluation préalable s'est évidemment concentrée sur la production des services de santé. Vu la forte implication d'IRC dans ce secteur, cette situation nous est évidemment connue depuis un certain temps.

Et là aussi le constat est dramatique. Les patients sont parfois obligés de parcourir de longues distances pour arriver à un centre de santé. De plus, ces structures sont souvent dans un état déplorable ou réinstallées dans des locaux inappropriés qui ne permettent pas un accueil conforme des patients.

Egalement de nombreux soignants sont obligés d'avoir des activités parallèles (secteur privé, champ, etc.) pour avoir un revenu suffisant, ce qui les rend moins disponibles pour prendre en charge les malades. La dégradation du contexte a aussi contribué à amenuiser la qualité de formation initiale et ne permet pas non plus leurs remises à niveau.

Le fonctionnement des unités de soins est aussi contrarié par la rareté de l'équipement, du matériel de soins et des médicaments essentiels. La plupart des dotations sont pour des activités spécifiques ayant un impact limité.

Et donc, **faire 10 kilomètres à pied, attendre l'infirmier pendant des heures, être ausculté dans un local insalubre pour finalement recevoir une ordonnance pour des médicaments non disponibles, voilà encore aujourd'hui la réalité pour de nombreux Congolais.** Mais finalement la barrière la plus haute à franchir reste les tarifs pratiqués. L'argent n'arrivant pas du

niveau central, les malades doivent payer pour être soignés. Et finalement plus la communauté est pauvre, plus les recettes sont faibles, plus les tarifs sont élevés.

Evidemment toutes les formations sanitaires n'en sont pas là. De nombreux projets d'appui au secteur de la santé existent, permettant en général des services de meilleure qualité.

Mais ce soutien, souvent instauré en période d'urgence pour des besoins aigus, n'assure pas un redémarrage du système de santé par une autonomisation de son fonctionnement.

Plusieurs bailleurs de fonds ont également investi dans des programmes plus longs d'appui aux zones de Santé ; USAID, la Banque mondiale et bien sûr l'Union européenne. Mais il n'est pas sûr que leur implantation se soit faite au bon moment et selon des approches adéquates.

Les Eglises chrétiennes avaient, quant à elles, réussi à installer de nombreuses formations sanitaires sur l'ensemble du pays. Mais là aussi, peu de soutien vient de l'extérieur, et leur capacité de fonctionnement est donc dépendante de leurs recettes.

Au bilan, avec un taux d'utilisation national moyen de 0,15 visite médicale par an et par personne, des pathologies endémiques telles que le paludisme qui peut représenter jusqu'à 80% des cas en consultation, la reprise de la tuberculose, le sida comme une épée de Damoclès et les flambées épidémiques de choléra, d'Ebola ou de virus de Marburg, le défi est énorme. Mais, comme je le disais précédemment, l'obstacle le plus sérieux est celui de l'accessibilité financière. **Sachons reconnaître, chers collègues, que le principe du forfait permettant d'accéder à un soi-disant panier de soins basiques (auscultation, prescription, examens biomédicaux, médicaments) appliqué comme principe de base de la tarification pour les soins de santé primaires ne permet pas actuellement au système de santé de RDC de fonctionner.**

Bien que la situation soit encore sombre, le contexte géopolitique s'éclaircit et le niveau de vie augmente peu à peu suivant la croissance économique.

Concernant le système de santé, l'enjeu majeur reste donc l'amélioration de l'accès aux soins d'une population en forte croissance démographique. L'accessibilité géographique, financière et culturelle doit donc être au cœur des projets de développement du système de santé.

Mais la transition de programmes d'intervention à ceux de reconstruction par

l'assistance technique, qui est déjà un véritable défi dans d'autres contextes, se révèle particulièrement ardue dans un pays aussi vaste, aussi peu équipé et aussi démuné que la RDC.

Malgré tout, les efforts du Ministère de la Santé ont abouti à un cadre de fonctionnement particulièrement construit, respectueux des recommandations internationales et cependant adapté aux exigences du terrain.

Actuellement la plupart des zones de santé sont gérées par un médecin chef de zone qui en plus d'être premièrement un bon praticien, est souvent très impliqué dans la gestion de « sa » zone, et sa qualification en santé publique lui permet d'être ainsi le premier représentant du ministère.

L'état des lieux que je viens de dresser est, je le suppose, partagé par une grande partie de mes confrères, et a donc inspiré l'élaboration des programmes d'appui au système de santé en cours d'implantation. Cet ensemble de projets devrait à terme permettre de couvrir une grande partie du pays.

IRC est donc maintenant engagé dans le renforcement du système de santé.

Nous allons mettre en place dans les mois à venir deux nouveaux projets, l'un avec l'aide de DFID et l'autre avec la Banque mondiale, au Kasai occidental, dans la province orientale et au Sud-Kivu, ainsi qu'au Katanga et à Kinshasa, dans 21 zones de santé au moins, ces deux projets devant permettre un meilleur accès aux soins à 3 millions et demi d'habitants.

Ces projets ont été conçus selon 4 axes stratégiques.

- le premier est la fourniture de tout ce qui est nécessaire au fonctionnement des formations sanitaires et des bureaux de zone de santé aussi bien en médicaments, matériel et équipement médical, moyens de transport et logistique que les primes salariales.
- le second apporte l'assistance technique sous forme de formation permanente et de supports de gestion.
- les deux autres axes sont basés sur l'implication des communautés, premièrement dans la réalisation d'activités sanitaires telles que des microprojets d'accès à l'eau, d'assainissement, d'amélioration des infrastructures sanitaires, la sensibilisation à l'hygiène et la promotion de la santé, et la délivrance de médicaments de base.

- mais aussi dans la maîtrise de la gestion du système de santé local en décidant des tarifs de soins, de l'usage des recettes et en participant à l'attribution des financements des microprojets.

Pour conclure, toujours dans le domaine de la santé, je rappelle que IRC continue à prendre en charge les urgences sanitaires et l'assistance aux victimes de violences pour la province du Sud Kivu, ce qui implique aussi des programmes « eau et assainissement ». Nous sommes également fortement engagés dans l'assistance aux victimes de violences sexo-spécifiques.

Nous avons intégré également des volets de recherche opérationnelle au sein de nos programmes, notamment une étude sur les possibilités de financement du fonctionnement des formations sanitaires par d'autres biais que le paiement à l'acte.

Une nouvelle étude sur la mortalité est prévue en 2007.

Je vous remercie de votre attention.

Dr Frédéric JACQUET

Merci beaucoup. Madame Aimée MWADY KADY, à vous de nous parler de la situation des femmes et du bilan humanitaire et sanitaire les concernant.

Mme Aimée MWADY KADY, présidente de Society for Women Against Aids in Africa

Avant toutes choses, je voudrais remercier Médecins du Monde de nous permettre de parler aujourd'hui au nom de ces centaines de milliers de femmes qui sont abandonnées à leur triste sort suite aux maladies et aux viols. Ma communication portera sur **les conséquences sanitaires des conflits sur les femmes et les filles en RDC.**

Quelle est la place de la femme congolaise ? Elle est considérée comme **gardienne de la stabilité de la structure familiale et garante de la survie du ménage.** Mais quelles sont les causes majeures de la rupture de cette garantie de stabilité après les conflits ?

Nous avons la mauvaise gouvernance, qui conduit à un système sanitaire défectueux, qui entraîne des guerres et des tensions sociales ayant exacerbé la destruction du système sanitaire en RDC. Les victimes ont été les femmes et les filles. Comme vous le savez, face à un système sanitaire défectueux, les populations ont un accès difficile au système de soins. Celui-ci ne répond pas aux attentes des femmes et des filles. Elles sont prises en tenailles dans ce tourbillon que sont la **mauvaise gouvernance, le système sanitaire défectueux, les guerres et les tensions sociales.**

Quelle est la typologie du conflit ? Plusieurs types de factions armées ont mené des guerres. Ces guerres ont été faites sur fond de guerre et de violence faite à la femme. Ces factions armées ont procédé à des **recrutements massifs** de filles. Certaines ont parfois joué un grand rôle dans le combat mais

la plupart ont été prises comme esclaves sexuelles.

Comme conséquence dramatique sur le plan social, il y a une **augmentation des femmes seules**, la plupart veuves à cause de l'assassinat des pères, des maris qui ont refusé de se livrer à des pratiques incestueuses ou d'assister à des atrocités.

La guerre a provoqué des déplacements massifs de populations. Les populations se sont retrouvées séparées, les familles disloquées, pour se retrouver dans des camps de réfugiés où on peut se retrouver à plus de dix ménages sous une même tente, vivant sans eau et sans nourriture.

Autre conséquence dramatique, les femmes de tous âges confondus ont été **victimes de viols**. Parfois des petites filles de moins de 4 ans. Ces viols ont abouti à des grossesses. Les enfants issus du viol sont appelés « les enfants de l'ennemi ». Ils sont laissés pour compte et remplissent les rangs des enfants dans la rue.

Autre conséquence dramatique sur le plan sanitaire : les violences. A des jeunes femmes qui ont été violées, on flanque une balle dans l'organe génital. Ces femmes ont des vies définitivement brisées et ne peuvent espérer mener la vie normale d'une femme c'est-à-dire être une mère et une épouse.

Quelques données chiffrées recueillies auprès des femmes victimes des viols :

En 2003, dans le Sud Kivu, parmi les femmes et filles qui ont fréquenté 5 centres de santé :

- 72% représentent des filles âgées de plus 15 ans ;
- 24 % représentent les filles âgées entre 5 et 14 ans ;
- 4 % celles âgées de moins de 5 ans.

Toutes les femmes, tous âges confondus, ont donc été victimes de viols et les viols continuent jusqu'à présent.

Sur un nombre total de 300 femmes violées qui ont été suivies dans 17 centres de santé, toujours au sud Kivu :

- 800 ont présenté des pathologies non spécifiques ;
- 713 des IST, dont le sida ;
- 269 cas de grossesses ;
- 85 cas de traumatismes dus aux violences sexuelles ;
- 31 cas de VIH diagnostiqué ;
- 8 cas de fistules génitales ;
- 6 cas d'incontinence urinaire.

Il y a des milliers de cas en RDC de femmes qui sont **abandonnées dans des contrées inaccessibles**.

Je vous ai parlé de la mauvaise gouvernance qui avait comme conséquence la destruction des systèmes sanitaires. Sur cette photo prise à Kisangani la semaine dernière, vous avez un pavillon et à côté une hutte. Cette hutte, ce sont des toilettes. Vous comprendrez l'ampleur des infections nosocomiales au niveau de cet hôpital général de référence.

On a parlé tout à l'heure de l'accessibilité à des structures de soins. Les femmes sont parfois obligées de parcourir des kilomètres pour aller se faire soigner. Les femmes se déplacent avec leurs enfants, leurs ustensiles. Vous avez ainsi des familles entières installées provisoirement dans les structures de santé.

En conclusion, les guerres en RDC ont eu des conséquences dramatiques sur la structure familiale plus particulièrement la femme et la

filles, dont la plupart constituent de véritables crimes pour l'humanité.

Dans ce contexte, **la reconstruction du système sanitaire doit être axée sur l'approche participative de tous les secteurs, y compris les victimes que sont les femmes et les filles.**

Nos recommandations :

- au gouvernement congolais :
 - de s'investir dans l'approche participative de tous les secteurs, dans la reconstruction du système sanitaire, avec en priorité la revitalisation de la zone de santé, sans exclusion ;
 - de promouvoir un partenariat constructif en vue de garantir la pérennisation et l'appropriation de ce nouveau système sanitaire à reconstruire.
- A la société civile congolaise : qu'elle renforce le rôle de la femme en l'impliquant dans ses propres structures pour qu'elle puisse jouer un rôle dans la lutte contre les violences faites aux femmes et qu'elle arrive ainsi à briser le silence.

Je vous remercie pour votre attention.

Dr Frédéric JACQUET :

Merci beaucoup. Vous venez de nous montrer que si la situation de la femme est régulièrement évoquée dans beaucoup de discours, ce ne sont pas des vains mots. M. Dominique KABAMBA, à vous de partager avec nous quelques éléments relatifs cette fois-ci à la situation des enfants.

M. Dominique KABAMBA, directeur de l'Aide à l'Enfance Défavorisée, Kinshasa

Il nous a été demandé de parler des conséquences sanitaires et socio-économiques sur les populations vulnérables dans le cadre du bilan humanitaire.

Concernant le contexte, comme vous le savez, la République démocratique du Congo est confrontée depuis plus de deux décennies à une grave crise politique, sociale et économique au niveau national mais aussi au

niveau régional. Cette crise a récemment entraîné le pays dans une suite de conflits armés en 1996 puis en 1998 jusqu'à ce jour dans certaines parties du pays, notamment dans les provinces de l'Est (Ituri, Nord et Sud Kivu, Nord - Centre du Katanga).

Le conflit en RDC a été caractérisé par **l'utilisation générale et systématique de milliers d'enfants pour servir les ambitions**

des seigneurs de guerre. Ce conflit a **augmenté le nombre d'enfants de la rue.**

Malgré des signes de changements liés notamment aux élections présidentielles, législatives et provinciales, pour la formation du gouvernement de la III^e république qui mettra fin à une longue transition, les enfants continuent à subir les pires traitements. La situation demeure désastreuse et les conditions humanitaires sont préoccupantes.

Comme **conséquence, d'abord sur le plan sanitaire**, le conflit qui a fait rage de 1996 à 2003 en RDC a **gravement atteint l'infrastructure et les populations du pays.**

La destruction des domiciles et des hôpitaux, les homicides en masse ont laissé des enfants sans famille, des victimes sans jambes ou sans bras et un très grand nombre de malades. S'il faut donner quelques indicateurs, en nous basant sur le tableau de la population et des victimes du conflit, donné par le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté édité en février 2004, pour une population de 52 millions d'habitants – aujourd'hui on parle de 60 millions- parmi lesquels on compte 49% d'hommes et 51% de femmes et 48,1% d'enfants de moins de 15 ans, il y a eu **plus 4 millions de personnes déplacées, de 3 à 4 millions de personnes tuées et 10 à 15 000 enfants soldats.** Quant au taux de mortalité des enfants tués par le conflit, à l'est de la RDC, si on prend 5 sites par exemple Kisangani, Kabare, Katana, Kalonge et Moba, les jeunes enfants ont été particulièrement frappés par le conflit. Le **taux de mortalité moyen des enfants de moins de 1 an se situe à 23,2%.** Les taux les plus élevés sont enregistrés à Moba (47%) dans le Katanga, à Kabare (23%) et à Kalonge dans le Kivu (21%). Un peu plus de 11 enfants/1000 meurent chaque mois dans les sites en conflit avec 24.5/1000/mois à Moba, 14.5/1000 à Kalonge et 6.9 à Katana.

Autre indicateur : la nutrition. Dans les territoires occupés, les **taux globaux de malnutrition** des enfants de moins de 5 ans relevés au cours de 12 derniers mois lors de l'enquête d'avril à juin 2005 de la mission d'évaluation de OCHA, **ont atteint 41%** avec des taux de malnutrition graves allant jusqu'à 25.79%.

Une enquête menée en avril 1999 à Kinshasa établit que le taux de malnutrition aiguë sévère est de 2.1%. Ceci signifie que 25 000 enfants de moins de 5 ans à Kinshasa sur un effectif de 1 200 000 souffrent de malnutrition et ont donc besoin de réhabilitation nutritionnelle. Le

taux de malnutrition chronique sévère est de 13%.

Concernant le **VIH/SIDA et les autres endémies**, le taux de prévalence au VIH / SIDA à la fin de 1999 déclaré par l'USAID était de 5.07% provoquant chaque année plus de 300 000 décès dont 80% sont enregistrés dans la tranche de 15 à 45 ans. En 1999, on estime à 8% le taux de prévalence du VIH/SIDA chez les femmes enceintes. Ce dernier augmente rapidement dans la zone de conflit à l'Est. Quant au paludisme, les enfants sont les plus exposés. En 2001, on estimait à 6.3% seulement la proportion des enfants qui utilisent des moustiquaires imprégnées.

Concernant les **conséquences socio-économiques**, la **discrimination à l'égard des victimes de viol** est très répandue et celles-ci sont souvent rejetées par leurs communautés, voire insultées et menacées. Le rejet social et familial a également entraîné des conséquences économiques graves pour les victimes, qui se retrouvent ainsi chassées de leurs maisons et privées de leurs moyens d'existence. Les enfants qui naissent à la suite d'un viol subissent aussi une grave discrimination et sont souvent désignés comme « les enfants de l'ennemi ».

Pour parler de l'incidence de la guerre en Ituri, l'équipe d'évaluation de besoins humanitaires en Ituri du 23 avril au 2 juin 2005 a visité 25 écoles primaires et secondaires dans 17 localités situées dans 4 des 5 territoires du district de l'Ituri.

Il ressort de cette visite que plusieurs écoles ont été détruites ou incendiées, d'autres ont subi des dégâts matériels importants ou se trouvent dans un état délabré. Ces écoles ont perdu tous les matériels pédagogiques et manuels scolaires, les populations se sont déplacées vers d'autres villages où les enfants déplacés ne pouvaient pas accéder à l'éducation.

Le territoire de Djugu a été le plus affecté par la guerre. Sur les 2 117 967 enfants à l'âge scolaire dont regorge le district d'Ituri, 351 145 enfants (17%) ont accès à l'éducation.

Des milliers d'enfants ont fait partie de groupes armés. Au 31 mai 2005, 6 307 familles déplacées dans les territoires de Djugu et Irumu vivaient dans les familles d'accueil et 18 596 dans les camps de déplacés.

L'AED a été créée en juillet 1966. Elle a été dotée de la personnalité civile par l'ordonnance présidentielle du 30 avril 1970. Son objectif est de faciliter **la réinsertion sociale des enfants**

et jeunes ayant moins de chance que les autres dans la vie notamment les enfants et les jeunes de la rue, les enfants victimes d'exclusion (enfants dits sorciers), les inadaptés scolaires, les filles mères, filles victimes des violences sexuelles, les enfants exploités économiquement et les enfants soldats.

L'AED a mené plusieurs actions **en partenariat avec** Médecins du Monde. En 2005, à travers le centre Pékabo, l'un de ses centres et dans son programme visant les trois axes suivants :

- protection de l'enfant,
- prise en charge psycho-sociale,
- renforcement des actions de réinsertion pour le travail en réseau.

Dans le cadre de ce partenariat, nous reprenons à titre d'exemple les résultats d'une année (2005) d'activités menées en rapport avec ce programme.

Dans la rue, l'AED a pu contacter 8 137 enfants. Parmi eux, 1 212 enfants ont été sensibilisés et sont venus au centre. Une fois au centre, des enquêtes ont été menées, on a cherché les familles de ces enfants.

Résultats : 515 enfants suivis individuellement, 2 402 enquêtes effectuées dont : 527 enquêtes exploratoires, 1 042 enquêtes de méditation, 830 enquêtes de suivis pour maintien de la réinsertion, 3 enquêtes de remise en famille lors de rechute, 180 enfants réinsérés, 40 enfants placés en apprentissage, 25 enfants en formation professionnelle, 28 familles des enfants réinsérés ont été appuyées dans de petites activités génératrices de revenus.

Toujours en partenariat avec Médecins du Monde, 38014 enfants ont été soignés. Parmi les pathologies traitées, les plaies / blessures restent en tête (27,3%) suivis de paludisme (17%).

Quelles pistes de solutions pour la reconstruction ?

La santé étant une condition essentielle du bien être des individus et un objectif fondamental du développement social et économique, nous pensons que **tous les acteurs devraient mener une action concertée** pour créer un environnement propice pour tous et particulièrement pour les populations vulnérables.

Ceci demande un Etat fort. Un Etat qui est fort est celui qui a une bonne politique bien organisée. Il est l'organe indispensable pour améliorer les repères par lesquels l'homme, qui veut s'épanouir et améliorer ses conditions de vie, doit passer. Elle est un élément essentiel pour le développement d'un pays.

Pour conclure, la RDC a enregistré un lourd bilan en perte de vies humaines durant les cinq ans de guerre. Cet immense pays se trouve devant **l'accroissement constant des besoins humanitaires des populations vulnérables.** Vu les ravages faits par la guerre, on parlera encore longtemps de ces groupes vulnérables à cause de :

- l'inaccessibilité aux soins de santé primaires due au coût élevé et la stigmatisation
- l'insécurité alimentaire et la malnutrition,
- la mortalité et la morbidité infantile à taux élevé,
- les enfants soldats,
- la mauvaise gouvernance

L'après conflit à notre humble avis ne peut être envisagé que dans la vision de cette **inter relation de différents facteurs** qui influent sur la vie des populations. Ceci nous semble possible par **l'intensification, l'accroissement et la pérennisation des actions menées et à mener.**

Le nouvel homme politique devra avoir la mission de :

- garantir l'égalité de chance de bonheur à tous les citoyens
- garantir les libertés individuelles
- maintenir l'unité et l'intégrité nationale
- créer une communauté fraternelle et une où l'on trouve un espace vital humain et agréable pour chacun et tous.

C'est dans cet esprit que la reconstruction des systèmes de santé en RDC sera possible. Je vous remercie.

Dr. Frédéric JACQUET

Merci beaucoup pour cette contribution qui vient compléter le bilan bien cruel de la situation sanitaire et humanitaire au Congo. Patrick, veux tu réagir très brièvement ?

Discutant : Dr Patrick HIRTZ, responsable mission Libéria, Médecins du Monde

Après ces trois interventions, il convient de souligner que le bilan humain et sanitaire, après ces dix années de violences et de combat en RDC est terrible. En résulte aujourd'hui des besoins considérables à couvrir dans un contexte où les **infrastructures sont détruites** et où les **humains sont également à reconstruire**. Je pense particulièrement, comme cela a été souligné, aux femmes et aux jeunes filles qui ont été l'objet de violences sexuelles extrêmes mais aussi aux enfants plus ou moins jeunes qui ont été impliqués dans les actes de violences ainsi qu'une population enfantine particulière, les fameux enfants de l'ennemi issus des viols. Bilan donc catastrophique, terrifiant, et en face de tout ça un défi à relever parce que **les moyens disponibles qu'ils soient humains, matériels ou financiers sont peu importants devant l'énormité des besoins à couvrir**. Une petite lueur d'espoir dans tout cela : **un Ministère de la Santé en RDC qui s'appuie sur une politique élaborée, et, lorsqu'elles existent encore, des ressources humaines locales compétentes et impliquées**.

> Etat des lieux des différents secteurs de santé

Dr Frédéric JACQUET

Merci pour ces intéressantes et poignantes présentations. J'invite nos prochains invités à rejoindre la table. Nous enchaînons sur le deuxième temps fort de notre séquence, plus

Dr Constantin MIAKA MIA BILENGE, secrétaire général à la santé, ministère de la Santé de RDC

Merci. Je vais vous parler de l'évolution du système de santé et des partenariats en RDC. La présentation se fera sous deux aspects : l'évolution du système de santé lui-même puis les partenariats.

En ce qui concerne **l'évolution du système de santé**, nous pouvons retenir **3 périodes majeures** :

- **la période de l'état indépendant du Congo (1885-1908).**

centré cette fois ci sur **l'état des lieux du système de santé et des structures**. Pour ce faire nous accueillons :

- Dr. Constantin MIAKA MIA BILENGE que nous avons entendu tout à l'heure en introduction. Vous êtes médecin de santé publique, diplômé de l'université de Boston, Massachusetts et vous êtes surtout le secrétaire général au Ministère de la Santé congolais ;
- Mme Kady KASAKARUME, secrétaire exécutive d'UWAKI au Maniema. Vous êtes initiatrice de la synergie contre les violences sexuelles au Maniema et vous êtes présidente du conseil régional des ONG ;
- Dr Denis MUKWEGE. Vous êtes médecin, gynécologue, obstétricien de formation, vous êtes coordinateur médical de l'église du Christ au Congo et vous êtes médecin directeur de l'hôpital de Panzi à Bukavu dans le sud Kivu et c'est à ce titre que vous nous parlerez aujourd'hui. Vous êtes engagé dans le plaidoyer en faveur d'un équilibre du personnel de santé sur le plan global ;
- Enfin, M. Philippe VINARD, actuellement expert auprès d'Alter Santé Internationale et développement. Vous avez été l'ancien directeur du programme d'appui transitoire au secteur de santé 1 en RDC. Vous serez notre discutant.

C'est la trinité coloniale. L'Etat organise les soins pour la protection d'immigrés. Les sociétés privées organisent les soins pour leurs agents afin qu'ils puissent mieux produire. Les missionnaires religieux organisent les soins pour les fidèles comme moyen de gagner leurs âmes. Mais il n'y a pas de soins pour la population générale.

- **La période coloniale (1908 à 1960).**

L'État signe des conventions de partenariat avec les missionnaires catholiques et protestants pour les soins à la population générale. Il organise des soins curatifs et la prévention des maladies transmissibles dont la trypanosomiase, construit des hôpitaux pour indigènes (Boma, Léopoldville qui est Kinshasa aujourd'hui et Stanleyville qui est Kisangani). Il organise des équipes mobiles pour lutter contre les grandes endémies. L'Etat a également des partenariats avec les organismes philanthropiques comme la Croix rouge et le Fonds de la reine Elisabeth pour les indigènes.

Puis vient en 1945 le plan quinquennal Van Hoof Doren. Il va laisser la structure la plus importante au pays avec plus de 400 hôpitaux où l'on pratique la médecine préventive, la médecine curative, la médecine du travail et où l'on soigne les maladies chroniques. C'est la structure la plus importante et la plus forte que nous allons acquérir à l'indépendance.

- **De l'indépendance à nos jours**

De 1960 à 1970, vient l'indépendance. La plupart du personnel de santé en place, belge, quitte le pays brutalement. Les institutions de recherche en Belgique se disent qu'il faut faire quelque chose. A travers les hôpitaux comme Bwamanda, Kasongo, Vanga, Cemubac, on essaie d'assurer la relève. On assiste au développement d'un modèle de soins de santé primaires à base communautaire avec la notion de CEBEC (Centre de Bien Etre Communautaire).

En 1972 est créé le conseil national pour aider à la planification des actions de santé couvrant aussi bien les aspects de la prévention, de l'éducation et de la promotion sanitaire.

En 1975, on définit une politique générale dans le manifeste de la santé et du bien-être et on élabore un plan sanitaire national pour 5 ans.

En 1978, on adopte la stratégie des soins de santé primaires. On signe la Charte de développement sanitaire en Afrique.

En 1981, une décision d'état du Comité central du Mouvement Populaire pour la Révolution (MPR) confirme l'engagement à la stratégie des soins de santé primaires.

De 1984 à 1985 on découpe le pays en zones de santé. C'est le début de l'entité de base pour fournir les soins au pays. 60% sont rendues opérationnelles à ce moment là.

En 1986, le Président de la République signe une ordonnance créant le FONAMES qui a comme fonction la coordination des appuis en matière des soins de santé primaires. Mais les intérêts des uns et des autres font qu'il ne va pas fonctionner. Toute l'assistance devait passer par cet organisme. Mais qui va le diriger ? Les Congolais veulent que ce soit un Congolais. Ceux qui nous assistent veulent que ce soit eux. Puisqu'on ne s'entend pas, c'est la naissance de santé en milieu rural, santé en milieu urbain, santé pour tous. Le FONAMES flotte. La souveraineté de l'Etat diminue.

En 1987, on adopte la charte de Mbanza Ngungu sur la collaboration intersectorielle pour la santé. Vous voyez que le renforcement de la collaboration entre et autour des secteurs a été discuté depuis longtemps mais c'est la mise en pratique qui n'a pas suivi.

En 1987, on accueille l'initiative de Bamako qui met en exergue le Paquet Minimum d'Activités (PMA), la participation communautaire et le recouvrement des coûts. Mais quelle population et avec quel pouvoir d'achat ?

A cette période, **il y a un espoir**. On a un système à 3 niveaux :

- le niveau central, chargé de l'orientation et des stratégies où vous avez d'une part le cabinet politique du Ministre de la Santé et le chef de l'administration qui est le Secrétaire Général avec 10 directions centrales, 18 programmes nationaux, un bureau d'études et de planification.
- au niveau intermédiaire, qui est un niveau d'appui technique aux zones de santé, c'est l'inspection provinciale et l'inspection de district. A ce niveau, il était prévu qu'il y ait un appui au laboratoire provincial pour la surveillance épidémiologique et qu'il y ait aussi des centrales d'achat.
- Au niveau de la zone de santé, qui est le niveau opérationnel, on a un bureau central de la zone de santé, un hôpital général de référence, les centres de santé, les instituts techniques de formation médicale, les équipes mobiles.

En 1990, la crise politique et économique provoque la rupture des coopérations qui assistaient le système de santé. Les financements de la santé sont en baisse.

Avant 1960, le système est performant, accessible à toute la population. Plus de 120 équipes faisaient du préventif, de village en village, faisaient du lien avec l'hôpital. Le budget de la santé alloué à l'Etat était d'environ 13%.

Dans les années 70, les institutions de recherche en santé existent mais le budget dégringole.

En 1980, les financements extérieurs et communautaires soutiennent le système de 60 à 80%.

En 1990, absence totale de financement. Le budget santé de l'Etat est autour de 1%.

C'est autour de 2001-2002, après toutes les négociations qu'il y a une reprise.

Si on regarde les états des lieux de la santé en 1998, tous les paramètres sont en rouge et montrent la dégradation de l'état de santé de la population.

Ainsi, le taux de mortalité maternelle est autour de 1,837 pour mille naissances vivantes.

Alors **qui est partenaire pour nous, au niveau du ministère de la Santé ?**

C'est d'abord toute personne, physique ou morale, qui accepte par un contrat de participer à la réalisation de la Politique Nationale de Santé.

La promotion du partenariat est une des orientations stratégiques de notre politique sanitaire.

Quelles sont les catégories de partenaires ?

- au niveau national : le gouvernement, les ONG nationales (dont les ONG de développement sanitaire, les organisations confessionnelles et autres caritatives), des privés lucratifs (personnes physiques, entreprises privées, commerciales et para étatiques) et la population elle-même.
- au niveau international : les bailleurs de fonds (institutions financières internationales), les coopérations bi et multilatérales, les ONG internationales

Le Ministère de la Santé pense qu'il y a des **préalables à un partenariat ouvert et responsable** :

- la volonté de collaborer pour l'atteinte des objectifs nationaux de santé
- la mise en oeuvre, par tous, d'un cadre stratégique et opérationnel répondant aux priorités du ministère
- le respect des engagements de chaque partie dans l'exécution des apports programmés

- l'ouverture et la transparence dans les procédures de gestion
- le respect mutuel

Quels sont les domaines d'intervention ?

- Le gouvernement élabore les politiques, établit les priorités, la normalisation et la régulation qui ont comme conséquence la protection des consommateurs, il assure la coordination, la formation (les modules doivent être validés par l'équipe du ministère), la supervision, le suivi et l'évaluation, l'appui financier et technique, l'offre des services dans son institution, le paiement des salaires et de son personnel et l'obligation de rendre compte.
- Des bailleurs de fonds, nous attendons un appui financier, technique et un appui au renforcement des capacités locales ainsi qu'une participation aux concertations et évaluations
- Pour les ONG nationales et internationales, entreprises privées et particuliers, c'est l'offre et l'amélioration de la qualité des services de santé, les actions humanitaires et d'urgence, la mobilisation des ressources additionnelles, la participation aux concertation, supervision et évaluation, la motivation des ressources humaines et le renforcement des capacités locales
- Pour la population, l'apport financier (en tant que consommateur des services et soins), une contribution en nature ou en espèce (lors des campagnes de vaccination par exemple), une implication active dans la priorisation des interventions via les différents comités de santé

Pour terminer, quelles sont nos attentes ?

- la participation active au pilotage de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé dans le pays
- l'approche système *versus* projets/programmes pour conduire à un véritable développement des zones de santé
- l'appui à la planification provinciale partant des micros plans des zones de santé
- la participation à la recherche et à la réflexion sur le développement des

fonds de solidarité communautaire par aire de santé et une approche mutualiste pour une consolidation du système.

Je vous remercie.

Dr Frédéric JACQUET

Merci pour votre présentation. Mme Kady, s'il vous plaît...

Mme Kady KASAKARUME, secrétaire exécutive d'UWAKI – Maniema

Je remercie Médecins du Monde pour ce privilège de faire un état des lieux de la santé en RDC et plus particulièrement au niveau de la province du Maniema.

D'abord, la situation géographique.

La Province du Maniema est l'une des trois provinces créées à la suite de l'éclatement de l'ancienne Province du Kivu à côté du Nord et du Sud Kivu. Elle est subdivisée en 7 Territoires, 3 Communes, 34 Secteurs ou Collectivités, 6 Quartiers, 317 Groupements et 2 808 villages.

Cette province a une superficie de 132 250 Km², avec une population estimée à 1 808 913 habitants et est située presque au centre de la RDC. Elle partage des frontières communes avec cinq provinces qui sont : la Province Orientale au Nord, le Katanga au Sud, le Kasai oriental à l'Ouest, le Sud et Nord Kivu à l'Est. C'est une province enclavée n'ayant aucune frontière avec d'autres pays voisins.

En ce qui concerne les personnes les plus vulnérables, nous avons :

- **les femmes enceintes** : l'état de la grossesse les affaiblit davantage et les expose à plusieurs maladies (malnutrition, malaria et différentes autres maladies) ;
- **les enfants de 0 à 5 ans** : ils sont victimes de six maladies qui s'avèrent souvent meurtrières (la rougeole, la poliomyélite, le tétanos, la coqueluche, le paludisme et la méningite diphtérie qui provoque souvent l'anémie et mène à la mort.) ;
- **les femmes violées** : elles ont perdu leur dignité humaine, elles sont diminuées, elles sont contaminées par plusieurs maladies et sont rejetées par leurs propres familles et toute la société ; c'est ce qui accentue leur trauma. Les viols ont laissé certaines femmes avec des incapacités de telle sorte qu'elles deviennent improductives et sont incapables de

subvenir à certains problèmes vitaux (soins médicaux, alimentation...) ;

- **les personnes vivant avec le VIH/sida** : les maladies les affaiblissent et elles ne peuvent plus produire et avoir des revenus pour acheter des anti-rétroviraux nécessaires à leur survie. Elles sont stigmatisées dans la communauté ;
- **les personnes de troisième âge** : elles sont abandonnées par les leurs, on les taxe de sorciers. Même lorsqu'elles sont souffrantes, la famille ne s'en occupe pas et pense qu'elles n'ont pas droit aux soins.

Quels sont les problèmes que nous rencontrons au niveau de la province du Maniema ?

- En premier lieu, **l'inaccessibilité aux infrastructures routières**. Le train n'opère qu'une fois tous les trois mois, ce qui n'améliore pas efficacement le désenclavement de la province. Les routes sont impraticables. La province du Maniema dispose d'un réseau routier qui compte plus ou moins 8 300 km dont 5 300 km de route de déserte agricole. Sur 8 300 km, 177 km seulement sont bitumés, soit 2 %. Les restes sont des routes en terre qui se trouvent dans un état de dégradation tellement déplorable qu'il faut des moyens conséquents et une intervention prioritaire et urgente. Aujourd'hui, moins de 1 000 km seulement à peine praticables.
- Concernant la santé, **la précarité de soins** demeure à un degré très élevé avant et surtout pendant et après la guerre. L'incapacité de mettre en place une politique rationnelle en matière de santé publique par les différents gouvernements qui se sont succédés n'a pas facilité le redressement dans ce domaine surtout dans la province du Maniema où il n'y a ni électricité, ni une garantie d'approvisionnement en

eau de qualité, et moins encore de moyens de transport suffisants et adéquats. La province du Maniema n'a même pas une ambulance. Il faut aussi préciser que dans les zones rurales où vit la majorité de la population, celle-ci survit avec un revenu entre \$0,50 à \$0,65 par jour, ce qui est la moitié ou bien un peu plus de la moitié du seuil de pauvreté absolue de \$1 fixé par la Banque mondiale.

- **La pénurie du personnel.** Dans toute la province du Maniema, on trouve seulement 5 spécialistes (dont un gynécologue, un chirurgien, un ophtalmologue, un pédiatre et un interne) dont 4 vivent et oeuvrent à Kindu, chef-lieu de la province, alors que le Maniema a 18 zones de santé. Beaucoup de spécialistes ne veulent donc pas arriver au Maniema car les conditions de vie sont tellement difficiles.

Quels sont les rôles des différents partenaires ?

- En premier lieu, nous avons les **partenaires du secteur public**. Dans la période de reconstruction, une nouvelle motivation des soignants ne peut être obtenue que par les recettes obtenues à partir des soins administrés. Durant le conflit, il a été observé que plus l'accent a été mis sur le **traitement par épisode**, moins la participation communautaire a été effective pendant et après la période des conflits armés, car la gratuité a pris une grande ampleur. Le traitement par épisode a eu pour seconde conséquence la démotivation du personnel. Or, c'est sur la base de ces recettes obtenues que des primes étaient données aux médecins et aux superviseurs, en l'absence de toute contribution financière de l'Etat.
- **Au niveau du secteur privé**, les soins sont extrêmement chers mais le personnel est rémunéré sur la base des recettes ainsi obtenues. Ils ont les moyens de renouveler leur stock mais leurs soins ne sont **pas accessibles aux populations pauvres** qui, comme nous l'avons vu, représentent la majorité des habitants du Maniema. A l'intérieur de la province, il y a

beaucoup de « **dérapages** » observés chez des praticiens du secteur dit « privé » que l'on appelle « Pirates Chirurgiens » qui pratiquent des interventions à même le sol dans leurs maisons en foulant aux pieds toutes les normes élémentaires d'hygiène (sans anesthésie, utilisation de lames de rasoir en lieu et place des bistouris). Le secteur privé au Maniema n'est pas aussi organisé que dans d'autres régions, où l'on peut trouver des polycliniques au sein desquelles se retrouvent de bons spécialistes.

- Pour le **secteur informel**, qui est souvent négligé dans le domaine de la santé, c'est là que nous classons le religieux et le traditionnel. Les populations les plus vulnérables, et notamment les femmes et les vieillards recourent souvent aux soins indigènes qui consistent dans l'utilisation de plantes locales pour soigner certaines maladies. Ces produits sont utilisés pour soigner des affections telles que : la lombalgie, les hémorroïdes, les infections génitales, hernie, etc. Ces traitements ont souvent des conséquences néfastes suite notamment à la non maîtrise réelle des doses pour obtenir de façon certaine la guérison souhaitée. Souvent il y a **surdosage**, ce qui provoque plusieurs complications (comme par exemple les purges à l'aide de tisanes qui peuvent conduire les femmes enceintes à des avortements non souhaités, des écoulements vaginaux, voire la stérilité ou le décès de la patiente). Il faut cependant noter que, lorsque la médecine traditionnelle est maîtrisée, ces soins peuvent être **complémentaires à ceux de la médecine moderne**. Le recours aux prêtres et aux prières de délivrance est fréquent dans la province, et peut s'avérer dangereux lorsque ces derniers gardent les malades trop longtemps et ne les libèrent que lorsque leur cas est devenu critique.

Comme piste de solutions, nous pensons que face à tous ces problèmes soulevés par le non approvisionnement en médicaments, il est souhaitable de **protéger la couverture vaccinale des femmes enceintes et des nourrissons**. Dans le sud du Maniema où on trouve 9 zones de santé mais seules 4 aires ont connu la vaccination. Il faut rendre

disponible les moyens de transport à moindre coût pour acheminer les matériels de soins, les réactifs de laboratoire et les médicaments vers les hôpitaux ruraux de référence.

Le gouvernement congolais devra doter la province du Maniema d'un **dépôt central médico-pharmaceutique** (avec médicaments, matériels et réactifs de Labo surtout pour la détection du VIH/SIDA) qui pourra desservir les dépôts relais vers le sud et nord de la province car les interventions des internationaux tendent à disparaître, tout en tenant compte des médicaments génériques essentiels.

Il faut en outre :

- installer des banques de sang dans chaque hôpital ;
- organiser des campagnes pour combattre la superstition et l'automédication ;
- approvisionner la province en anti-rétroviraux ;
- prendre en charge les malades du SIDA et les personnes du 3^{ème} âge ;
- intensifier l'éducation sanitaire pour que la couverture vaccinale soit forte, car les femmes enceintes ne fréquentent pas les structures sanitaires. Elles se traitent à l'indigène et viennent avec retard à l'hôpital général de référence ce qui augmente les maladies gynécologiques) et les consultations prénatales et celles des nourrissons ne sont pas respectées ;
- réhabiliter les routes en vue de faciliter l'évacuation des matériels et produits

pharmaceutiques vers les autres zones de santé à l'intérieur de la province.

En conclusion, même si pendant la période pendant et après le conflit, les soins étaient gratuits, nous ne pouvons confirmer qu'il faut continuer avec la gratuité des soins. **Les soins gratuits ne sont pas une solution à long terme.** Comment pouvons-nous reconstituer les stocks ? Comment assurer régulièrement le salaire du personnel ? Nous avons l'obligation de sensibiliser la communauté pour une auto-prise en charge, par le biais de mutuelles communautaires par exemple.

Cependant, il apparaît que la gratuité doit demeurer la règle dans les mesures préventives (cas des vaccins), et pour les traitements des personnes atteintes du Sida. Pour le curatif, il faut une participation communautaire afin que le fonctionnement du secteur public soit assuré le plus vite possible dans les zones stabilisées.

Je vous remercie.

Dr Frédéric JACQUET

Merci. Vous nous dressez le tableau des chantiers à porter. Ils sont nombreux et fort complexes. Sans plus tarder, Dr Denis MUKWEGE, votre intervention sur l'hôpital.

Dr Denis MUKWEGE, gynécologue, Hôpital de Panzi, Bukavu

Je vais vous présenter la problématique du personnel soignant telle que vécue par un staff médical d'un hôpital général de référence en RDC, et plus précisément l'Hôpital de Panzi, au Sud Kivu.

Le Secrétaire Général a déjà présenté les grandes étapes de notre histoire. Je voudrais attirer l'attention sur trois dates :

En 1960, lors de l'accession du Congo à l'indépendance, on comptait moins de 10 universitaires. Avec les efforts faits en faveur de la formation, on s'est retrouvés en 1980 avec des facultés fonctionnelles où les chaires étaient occupées par des professeurs formés. A cette époque, il y avait des espoirs pour la formation du personnel soignant.

En 1990, lors de l'interruption de la coopération multilatérale et bilatérale, une hémorragie s'est produite et les cadres formés

ont commencé à quitter le pays pour diverses raisons que nous allons développer dans cet exposé.

Cette hémorragie ne s'est jamais arrêtée. Selon les normes de l'OMS, on devrait avoir un médecin pour 10 000 habitants. Mais **dans le milieu rural, c'est plutôt un médecin pour 56 000 habitants et dans le milieu urbain, c'est 6891 habitants pour un médecin.** Toutes les catégories sont déficitaires sauf les infirmiers où nous avons 2123 habitants pour un infirmier dans le milieu rural et 989 dans le milieu urbain. Mais dans toutes les autres catégories, nous sommes en dessous de la norme.

En ce qui concerne la formation aujourd'hui, on compte 14 facultés de médecine, 2 facultés de pharmacie, une faculté de dentisterie, 46 instituts supérieurs de technique médicale et 323 instituts de technique médicale.

En ce qui concerne la répartition des professionnels de santé du secteur public (chiffres de 2005), on constate que **Kinshasa qui compte 6 millions d'habitants a 47% des médecins congolais, 66% des pharmaciens et 53% des dentistes.** La province la moins desservie est celle du Maniema où il n'y pas de dentiste, 3 pharmaciens qui sont à Kindu, le chef lieu et 49 médecins.

Le staff médical de l'Hôpital de référence de Panzi, en RDC, face aux problèmes rencontrés journalièrement dans son exercice s'était demandé **pourquoi nous avons un problème de manque de médecins en province.** Nous allons vous présenter les causes, les facteurs favorisants, les conséquences, les pistes de solution et les préalables.

Les causes sont :

- la fuite des cerveaux
- une forte concentration du personnel de santé compétent dans les centres urbains
- l'insuffisance du rajeunissement du personnel de santé
- une formation inadaptée

Première cause : la fuite des cerveaux.

Les facteurs favorisants :

Les médecins qui exercent à l'intérieur sont obligés de partir à cause de :

- l'instabilité politique (insécurité, manque de liberté, implication insuffisante et/ou inefficace des gouvernants)
- l'instabilité économique (bas salaires, non paiement des salaires, chômage)
- l'instabilité sociale (manque d'épanouissement, injustices sociales)
- l'attraction vers l'étranger. Souvent on nous fait rêver, nous qui sommes dans le fin fond du pays et souvent nous recherchons la facilité financière, sociale mais aussi technique.

Les conséquences sont :

- le dysfonctionnement du système de santé
- l'absence de soins de santé dans certains milieux
- la recrudescence des soins de mauvaise qualité et des charlatans
- l'apparition de pathologies latrogènes
- le surmenage et la sur occupation du personnel existant
- une mortalité et une morbidité maternelles et infantiles très élevées

Les pistes locales de solution :

- promouvoir la sécurité pour permettre au médecin que la sécurité de ses biens soit assurée
- protéger les libertés fondamentales. Dans certaines zones comme médecin, on doit soigner un groupe armé et pas l'autre
- organiser le système de sécurité sociale. Souvent le médecin quand il est malade, vit très mal de ne pouvoir être pris en charge
- éveiller la conscience du personnel soignant face à ses responsabilités citoyennes. Le médecin ne devrait pas être comme tout fonctionnaire. Lorsqu'on a la responsabilité d'une zone de santé, d'un hôpital ou d'un pavillon, on ne peut pas s'en aller en laissant mourir derrière soi des milliers de personnes.
- améliorer la gestion des ressources humaines en créant un mode d'affectation et de motivation du personnel de santé

Les pistes de solutions au niveau international, que nous ne pouvons résoudre à notre niveau :

- identifier et utiliser rationnellement des cadres formés. Ici nous interpellons l'OMS et l'Unesco. Tous les Congolais devraient s'impliquer.
- décourager les attractions comme ces spots publicitaires sur Internet qui montrent des endroits où l'on peut avoir une meilleure (vie ?)
- créer un cadre d'échange
- organiser un rapatriement assisté des cadres formés. C'est très difficile de quitter un pays comme la France quand on sait dans quelles conditions on travaille. Mais si les bailleurs de fonds pouvaient permettre à ceux qui partent d'avoir le minimum pour vivre, cela permettrait de stimuler ceux qui veulent bien rentrer au pays.
- dans les projets de santé, financer tous les volets, y compris les ressources humaines. Plusieurs projets ne font état que du matériel et des médicaments, oubliant qu'ils doivent être utilisés par un personnel qu'il faut soigner. Lorsqu'on dit que les soins doivent être gratuits, il faut absolument pouvoir soutenir le personnel qui va dispenser les soins
- élaborer un contrat de partenariat entre les pays et associations utilisateurs de personnel de santé et

les organes et pays formant le personnel de santé. Le personnel de santé, lorsqu'il quitte le Congo alors que le pays a investi dans sa formation, pour des pays où ils ont des facilités, ces pays ne payent rien au formateurs. Cette utilisation devrait se faire par un contrat pour permettre à ceux qui restent au pays de bénéficier de ce contrat.

Les conditions préalables :

- faire un plaidoyer et du lobbying auprès des personnes ressources des pays utilisateurs et des pays d'origine
- répertorier les compétences
- établir les conditions de mise en place d'un cadre d'échange
- des moyens doivent être disponibles

Deuxième cause : la concentration du personnel de santé compétent dans les grands centres

Les facteurs favorisants :

- l'insécurité en milieu rural
- l'enclavement de l'arrière pays
- l'absence de politique d'utilisation et d'encadrement des cadres formés
- l'attente d'opportunités. C'est dans les grandes villes qu'on a l'opportunité d'être engagé par l'OMS, l'Unesco, les grandes organisations. En attendant cette chance, on reste au chômage dans les grandes villes, c'est pourquoi 50% des médecins sont à Kinshasa.

Conséquences :

- une pénurie du personnel de santé accentuée en milieu rural
- la sous utilisation ou la surexploitation des cadres en milieu urbain
- la prolifération de charlatans
- des pathologies iatrogènes

Pistes de solution au niveau local :

- promouvoir une politique d'affectation, d'incitation et d'encadrement des cadres formés
- promouvoir le développement rural
- sécuriser le personnel de santé
- désenclaver les milieux ruraux

Pistes de solution au niveau international :

- inciter les ONG internationales à œuvrer davantage dans les zones rurales
- créer un cadre international d'adéquation des besoins et des ressources globales

- planifier et utiliser les ressources globales et favoriser les échanges inter institutionnels

Conditions préalables :

- la volonté politique pour désenclaver et sécuriser les milieux ruraux
- les moyens disponibles
- le système de sécurité sociale renforcé / fonctionnel
- le gouvernement congolais et la communauté internationale impliqués

Troisième cause : l'insuffisance du rajeunissement du personnel de santé

Facteurs favorisants :

- La formation non planifiée
- L'insuffisance de cadres formateurs
- La faible motivation des formateurs
- L'absence de mise à la retraite

Conséquences :

- une disparition de l'expertise dans plusieurs spécialités.
- une prolifération des écoles hors normes
- une baisse continue de niveau du personnel formé et présent sur le marché de l'emploi
- une pléthore d'agents non opérationnels

Pistes de solutions locales :

- promouvoir la formation et l'encadrement des jeunes cadres
- inciter les formateurs à prendre leur responsabilité
- planifier les formations en fonction des besoins
- recycler les formateurs
- rendre fonctionnel le système de pension

Pistes de solutions au niveau international :

- créer un cadre d'adéquation des besoins et des ressources humaines globales.

Conditions préalables :

- mécanisme d'échange et utilisation adéquate des ressources
- plaidoyer et lobbying auprès des personnes ressources et des bailleurs de fonds
- moyens disponibles
- système de sécurité sociale renforcé et fonctionnel

Quatrième cause : une formation inadaptée

Facteurs favorisant :

- un manque d'actualisation des programmes : remise à niveau, insuffisance de formation continue
- l'insuffisance d'infrastructures de formation
- une faible utilisation des structures sanitaires de formation par la population entraînant une baisse de la pratique hospitalière. Lorsque dans les hôpitaux de formation la population ne peut plus accéder du fait de la pauvreté, cela entraîne une faible fréquentation. Le personnel formé dans cette institution aura donc des lacunes sur le plan de la pratique hospitalière.

Conséquences :

- baisse de la qualité des soins
- augmentation des pathologies iatrogènes

Pistes de solutions locales :

- appliquer strictement les normes de formation
- utiliser les ressources globales
- promouvoir la formation continue

- créer et promouvoir les échanges inter universitaires
- rendre accessibles les soins de santé

Sur le plan international :

- utiliser les ressources globales et favoriser les échanges inter institutionnels

Conditions préalables :

- l'engagement de l'Etat congolais dans la promotion de la formation des cadres
- un système de sécurité sociale renforcé et fonctionnel
- un lobbying et plaidoyer auprès des états et bailleurs de fonds
- des moyens disponibles

Je vous remercie.

Dr Frédéric JACQUET

Il était assurément très difficile d'aborder des questions aussi complexes que les ressources humaines en santé dans ce cadre d'intervention. C'est un tour de force.

Discutant : M. Philippe VINARD, expert, Alter Santé Internationale et Développement

Ma première remarque porte sur **les forces**. C'était intéressant de montrer que les atouts et les forces du Congo ne sont pas que dans les ressources minières mais aussi dans les **ressources humaines**. Le Congo a été un terrain d'expérimentation en santé publique où l'on pouvait apprendre énormément de choses. Ces forces là, il ne faut pas les oublier et continuer à les inventorier.

Second point : il est intéressant de voir comment **le partenariat avec le privé** s'est développé. Au temps du calvaire (1998 ndlr), l'essentiel de la santé se faisait sans Etat, c'était une stratégie de survie mais cela correspondait à quelque chose d'assez ancien au Congo puisque depuis longtemps la santé avait été confiée soit aux grandes entreprises soit aux missionnaires. Là-dessus il y a beaucoup à apprendre et à développer. Quand on a vu après l'Etat se remettre en place, on était à la fois content parce qu'on avait besoin de ce rôle de régulateur, mais on était aussi à la fois inquiets d'une sorte de revanche. Ce qui est intéressant à voir, c'est comment

progressivement la **place de l'Etat** va se définir. Vous avez placé Dr MIAKA quelques pistes pour une définition plus claire et plus précise de son rôle .

Troisième point : vous avez comparé la santé à une citadelle. J'ai trouvé la comparaison intéressante. La forteresse a tenu puis a fini par s'écrouler parce que les conditions économiques, sociales, et la sécurité tombaient. Souvent la santé est le seul secteur qui restait structurant sur des tas d'aspects politiques. Maintenant la question qui se pose est : **la santé va-t-elle jouer ce rôle structurant en ce qui concerne le développement de la démocratie ?** D'un certain point de vue, quand on parlait du statut de zones de santé, on parlait d'une structuration en utilisant la santé comme élément moteur pour la reconstruction de l'Etat d'une manière un peu différente.

Ce sont ces trois types de questions qui rendent les choses un peu optimistes et pourront être développées cet après midi.

LES DEFIS DE LA RECONSTRUCTION DU SYSTEME DE SANTE

Vers un nouveau système de santé ?

Les stratégies des institutions nationales et internationales

Modérateur : Dr Eric CHEVALLIER, directeur des opérations internationales, Médecins du Monde

Nous allons rentrer très vite dans le vif du sujet avec quatre petites remarques liminaires :

- la première pour vous dire que **Michel KASSA** qui devait être avec nous cet après midi n'a malheureusement pas pu venir ; il a toutefois écrit un texte, disponible à l'accueil.
- le deuxième point est pour souligner, on l'a vu ce matin, que l'analyse des périodes de transition est en fait un exemple marquant de la tension qui existe entre l'optimisme de la volonté et le pessimisme de l'intelligence. Ce que j'espère cet après midi, c'est qu'on sera sur une tonalité qui sera celle d'une **volonté lucide mais résolue**, c'est bien ça l'objectif de cette discussion. Vous avez vu cette photo du jeune garçon à côté des béquilles de sa maman. Le système est effectivement encore un peu bringuebalant mais la détermination du regard du petit montre qu'on peut aller vers demain ;
- troisième point, pour dire que après les discussions qu'il y a eu ce matin, je crois important qu'on accepte de **s'écouter et d'être tolérants** les uns vis-à-vis des autres, d'entendre des perspectives qui ne sont pas les siennes et de pouvoir débattre sereinement. Il y a une très jolie maxime du Mali qui dit en gros que même si on n'aime pas beaucoup le

- lièvre, on doit tout de même constater qu'il a de grandes oreilles ;
- enfin, j'ai été très frappé lors de mon récent séjour en RDC d'une phrase qui revient assez souvent dans la bouche d'interlocuteurs qui consiste à dire **qu'on ne reconstruit pas sur des cadavres**, c'est-à-dire qu'on ne peut pas imaginer passer de façon brutale, non progressive, d'une phase d'urgence à une phase de développement. Donc l'idée est bien que dans les phases de transition, on a à la fois à répondre à des besoins et à des situations urgentes et en même temps on a à se préoccuper de mettre en place les mécanismes, les dispositifs et les moyens qui permettront de répondre aux besoins de demain.

Pour cette table ronde, je vais demander d'abord au Dr Hyppolite KALAMBAY de bien vouloir nous faire une présentation. Il est l'artisan de ce plan de reconstruction du système de santé. La dynamique de cet après midi passera de l'approche des autorités publiques de santé au regard des partenaires internationaux, à celui des acteurs de la société civile.

Dr Hyppolite KALAMBAY, directeur des études et de la planification du ministère de la Santé de RDC

Nous allons vous présenter la vision du Ministère de la Santé en ce qui concerne la reconstruction du système de santé en RDC. Les orientations stratégiques que nous allons partager ensemble se trouvent dans le document que nous appelons le « *Document*

de Stratégie de Renforcement du Système de Santé ». Vous l'avez sur le site du Ministère de la Santé de RDC. www.minisanterdc.cd en anglais et en français. Je vous recommande de lire ce document car il retrace le cadre dans lequel vont s'exécuter les actions dans le

domaine de la santé pour les années qui suivent. Il s'inscrit dans le long terme. On ne reconstruit pas le système de santé en 2 ans. Là nous sommes partis pour 10, 15, voire 20 ans.

Pour ce qui est de la présentation du pays, je voudrais vous rappeler un certain nombre d'éléments qui ont été dits ce matin et qui vont vous permettre de comprendre pourquoi on a pu identifier tel ou tel élément comme axe du renforcement du système de santé. Nous allons vous dire où nous en sommes depuis que ce document existe et quels résultats ont déjà été obtenus. Nous vous parlerons ensuite des chantiers que nous avons ouverts puis nous conclurons.

La courbe de l'évolution du Produit intérieur brut (PIB) par habitant et par an résume à la fois les problèmes politiques, sécuritaires et économiques que notre pays a connus depuis son accession à l'indépendance. Dans les années 60, nous étions à \$ 450 par habitant et par an. Avec les troubles liés à l'indépendance, on a connu la première baisse (en dessous de 300) puis il y a eu la reprise économique du pays jusqu'à atteindre autour de 1972-74, un niveau qui dépassait légèrement celui qu'on avait au lendemain de l'indépendance. A ce moment là, commence la baisse des cours de cuivre sur le plan mondial, alors que notre économie était essentiellement basée sur le cuivre. C'est là que la descente aux enfers commence. L'économie dégringole jusqu'en 1991-92 où nous connaissons les pillages. Le PIB continue sa chute. Puis arrivent les deux guerres : la première en 1996-1997 et la deuxième qui se termine avec la fin de la transition en 2001. De 450 autrefois, le PIB est tombé à moins de \$ 100 par habitant et par an.

Quelles sont les conséquences ?

Le secteur de santé n'a pas pu résister à la dégradation du contexte national. Avec cela, il y a eu une tendance à la disparition de l'État et donc une perte de pouvoir normatif et régulateur dans le secteur. **L'État qui n'a plus de moyens, se désengage des services de santé.** Les interventions humanitaires se multiplient et une bonne partie du financement du secteur de santé repose désormais sur la communauté, elle-même déjà suffisamment pauvre. On peut imaginer à quels genres de services de santé nous avons à faire.

A ce moment là, **la guerre arrive**, elle crée des conditions pour **la disparition de l'État et la pauvreté s'accroît dans le pays.** Elle ne va pas épargner le personnel de santé. Des

stratégies de survie vont se développer, à la fois sur le plan individuel et institutionnel. L'une des stratégies est que le niveau intermédiaire du système de santé ne pouvait vivre qu'avec des frais qui venaient du niveau périphérique. Si je suis un infirmier et on me demande de contribuer au fonctionnement du bureau central je le fais au risque d'être puni mais je m'organise aussi pour avoir ses recettes en les prenant des malades qui vont venir à la consultation. On assiste à une **commercialisation, une déshumanisation du système de santé.**

Il y a eu parallèlement à ça une **inflation institutionnelle et des distorsions à tous les niveaux du système de santé.** Nous avons, en 1985, 306 zones de santé, on est passé à 515. C'est vrai que l'idée de découper des zones de santé n'était pas mauvaise. Certaines étaient vastes et allaient jusqu'à 25, 000 à 30, 000 km², qui est la taille de certains pays sur notre continent. Il fallait rapprocher le plus possible la population des soins de santé de référence. Mais le processus s'est déroulé dans un contexte tel qu'il a échappé au contrôle du Ministère de la Santé. On a assisté à un débordement. Certaines zones de santé avaient jusqu'à 18 000 habitants alors que le minimum serait 100 000 habitants. Des zones de santé naissaient sur la base d'influences politiques auxquelles on ne pouvait pas résister. Avec la disparition du rôle de régulateur, on assistait à la mise en place de structures privées qui n'étaient pas régulées puisque ceux qui avaient le pouvoir de les réguler ne pouvaient le faire faute de financement. Plutôt que d'avoir une moyenne de 15 à 20 structures de santé au niveau primaire, on a vu des zones de santé qui en comptaient jusqu'à 95. On a assisté à la multiplication des structures, notamment au niveau central. En 2001, nous avons 17 programmes spécialisés de lutte contre la maladie. Pour capter les financements internationaux, il nous fallait des correspondants à l'intérieur du pays. On a créé des structures que l'on n'est pas en mesure de financer. On est allés jusqu'à 53 programmes spécialisés et 13 directions régionales au lieu des 7 que nous avons autrefois.

Le secteur santé a longtemps été caractérisé dans notre pays par des aides humanitaires, qui avaient une forte composante santé. On a eu l'impression que le secteur santé marchait car les ONG recrutaient du personnel de santé. Cela a ouvert la porte à la **multiplication des écoles de formation d'infirmiers et de médecins.** On est arrivé à

avoir un nombre d'Instituts de Technique Médicale (ITEM) qui forment les infirmiers diplômés supérieur ou égal au nombre d'infirmiers que nous formions autrefois. En principe, on a besoin d'un ITEM pour un district (soit 13 zones de santé). Aujourd'hui, nous produisons 7000 infirmiers diplômés chaque année, c'est-à-dire autant qu'il en faut pour qu'en 2 ans, en partant de rien, nous remplissions les normes de l'OMS. Que deviennent ces infirmiers que nous n'engageons pas ? Parce que l'Etat n'a pas les moyens pour absorber cette production d'infirmiers, ceux-ci s'organisent pour ne pas mourir. Souvent, un infirmier qui a fini ses études reçoit les clients de son quartier et ouvre son dispensaire derrière la maison de son père en attendant d'avoir sa propre maison. On voit ainsi se multiplier le nombre de structures de santé. En ce qui concerne les facultés de médecine, il y en a au moins une ou deux dans chaque province, en plus des facultés de Kinshasa et Lubumbashi qui produisent à elles deux 1500 médecins chaque année. Ça fait 10 ou 15 ans que les gens ne partent pas en retraite car l'Etat n'a pas d'argent. Toutes ces personnes qui ont 70-75 ans font aussi partie de l'effectif des hôpitaux et viennent aggraver le problème.

La conjonction de tous ces éléments a fait qu'il s'est mis en place des services de santé qui ont ces trois caractéristiques :

- les **services de la zone de santé** sont aujourd'hui **désarticulés**, avec un hôpital marginalisé
- il s'est mis en place d'autres services de santé offerts par les **programmes** qui ont pu capter les financements de la communauté internationale et qui ont **fragmenté** le système. Ces programmes mettent en œuvre les activités de manière verticale, jusqu'au niveau de la communauté.
- devant ce désordre, il y a le **secteur privé émergent**, mais qui est parfois dangereux pour la santé des populations car il n'y a pas de régulation.

Quelles ont été les réactions des bailleurs ? Ils se sont retrouvés à travailler dans un système qui ne marche pas. Des **services parallèles** ont été créés pour garantir la montée rapide des résultats, mettant ainsi **plus d'efforts sur la mise en œuvre des programmes plutôt que le renforcement des capacités nationales**. Il y a eu aussi des conflits avec les structures supposées appuyer. Devant l'absence de coordination de

l'ensemble du secteur, les bailleurs se sont organisés pour créer le Groupe Inter Bailleurs Santé (GIBS). L'Etat n'a pas retrouvé sa position au centre de l'action sanitaire.

Au-delà de tout cela, **le contexte national a beaucoup évolué**.

Il y a la transition, on est entre les deux tours des élections. On a une nouvelle Constitution qui va mettre en place un État unitaire fortement décentralisé. Le Parlement qui est issu de ces élections a déjà commencé à fonctionner. Ce sont des opportunités qui nous ont permis de réfléchir sur ce qu'il faut faire au niveau du système de santé.

Fin 2005, on a élaboré la **Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS)** dont je vais vous présenter les principaux axes. Il s'agit de :

- accentuer le travail au niveau périphérique
- redéfinir le rôle du niveau central et intermédiaire
- rationaliser le financement de la santé qui a une part de responsabilité dans ce désordre. L'une des actions est de déplacer le centre de financement vers les provinces et de faire changer ce financement de vertical à horizontal au niveau de la province.
- développer les ressources humaines
- renforcer la collaboration intra et inter sectorielle, avec l'enseignement supérieur où sont produits les médecins, la fonction publique, d'où ils retirent leurs salaires.
- renforcer la recherche sur les systèmes de santé

La spécificité de cette stratégie est qu'elle est **endogène**. Elle n'est pas dictée par une organisation internationale mais elle est réfléchi par les Congolais du pays qui travaillent dans la santé et chez les partenaires internationaux (diaspora interne).

Cette stratégie est aussi la voie pour la RDC pour évoluer vers la réalisation 4, 5 et 6 des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

Depuis que nous avons fait ce travail, on a eu des résultats plus ou moins spectaculaires.

Le jour où le document est sorti, il y a eu la **déclaration commune du GIBS**, qui restera longtemps dans l'histoire de notre pays. Ils ont déclaré qu'ils s'alignaient sur les interventions de la stratégie, telle qu'on l'avait définie.

En conclusion, nous avons une stratégie qui est une voie probablement difficile, nous en

sommes conscients, elle est longue et complexe mais nous pensons que dans notre secteur nous n'avons probablement pas le choix. C'est aussi une voix pour la reconstruction du pays. Nous pensons que **si une population a des services de santé performants et qu'elle-même est en bonne santé, cela peut aider à évoluer vers la paix**. Chez nous, nous avons déjà cessé de considérer qu'on améliore la santé d'une population parce qu'on gère le paludisme ou le VIH/sida. La gestion de la santé n'est pas une somme de gestion d'un groupe de maladies. C'est plus important que gérer quelques pathologies dans le pays. Il y a un prix à payer, du temps et des énergies à y consacrer mais nous pensons que c'est ce qu'il faut pour notre système de santé.

Les conditions de réussite sont que si la reconstruction du pays ne va pas de l'avant, on ne peut pas avancer, et si la réforme de l'administration qui a été entamée ne va pas de l'avant, on ne peut pas avancer non plus. Finalement **le gouvernement ne peut s'engager seul dans ce chantier qui est si vaste**. On demande un peu plus de flexibilité de la part de nos bailleurs sur certaines procédures pour se mettre dans les conditions telles qu'on puisse s'aligner sur cette stratégie. Il faut aussi que nous arrivions à gérer toutes les tensions qui sont en train de naître du fait de la stratégie qui est perçue par certains comme une menace.

Merci.

Dr Philippe MAUGHAN, chef de secteur Afrique centrale, ECHO

Merci Médecins du Monde de nous avoir invité à cette journée fort intéressante. Je ne suis pas là pour représenter Louis Michel mais je présente des excuses pour son absence. Pour revenir un pas en arrière, on a vu ce matin dans quel état s'est retrouvé le système de santé congolais. Il y a eu depuis quelques avancées conséquentes grâce aux interventions des ONG.

ECHO est l'Office humanitaire de la Commission européenne. La Commission n'est pas une agence chargée de l'exécution des projets directement sur le terrain. Donc quand je dirai « nous », c'est nous, nos partenaires et surtout les Congolais qui travaillent avec eux.

En 2004, ECHO représente 650 millions d'euros par an dont 40 à 50 millions pour le Congo. ECHO est en RDC depuis 1995 mais nos collègues du développement sont depuis bien plus longtemps. ECHO ne fait pas que de

Dr Eric CHEVALLIER

Merci Hyppolite. Je vous conseille effectivement de lire ce document. Très peu de pays au Nord comme au Sud disposent ainsi d'un document clair et synthétique d'orientation stratégique du système de santé. Le contenu comme le processus sont extrêmement riches. Les bailleurs ont été interpellés au moins à deux titres par Hyppolite. On va voir ce qu'ils vont avoir à nous dire là-dessus. La première interpellation est celle de la **flexibilité**. La deuxième est la **dé-verticalisation**, en sachant qu'entre 2000 et 2005, si les financements globaux pour la santé dans les pays du Sud ont augmenté, l'argent est allé presque exclusivement à des programmes verticaux. Ils sont aussi considérés comme des programmes qui permettent de générer du financement. La question est donc **comment on articule ce caractère « sexy » des programmes verticaux du point de vue de la recherche de financement et les besoins d'horizontalisation et de soutien au système**.

On va demander d'abord à Philippe MAUGHAN d'ECHO, de nous faire une présentation sur le volet humanitaire puisque c'est le mandat fondamental d'ECHO et sur l'articulation avec ce que fait la Commission européenne.

la santé mais s'occupe de tous les volets de l'aide humanitaire. Le budget de ECHO depuis 1999 pour la RDC est de 255 millions d'euros, ce qui représente une part importante du budget.

Notre objectif santé au Congo était de **réduire la mortalité excessive et la morbidité**. Plus spécifiquement, il s'agissait de **garantir l'accès aux soins de santé de qualité et de fournir une réponse aux urgences et aux épidémies**.

Je ne vais pas revenir sur l'état des lieux fait ce matin : Un pays divisé, des acteurs de santé très axés sur le recouvrement des coûts, un ratio entre les 90% qui peuvent payer et les 10% d'indigents inversé, un Etat qui ne participe quasiment plus au financement de la santé, un système prédateur où les plus pauvres qui sont les plus malades financent toute la pyramide hiérarchique médicale, un

personnel qualifié qui est parti en ville ou à l'étranger, des pillages et la destruction des infrastructures, une insécurité et une difficulté de circuler et d'accéder aux centres de santé, une logistique cauchemardesque, des statistiques santé et des statistiques économiques au rouge.

En regardant dans le passé, on constate 3 phases :

- une phase classique humanitaire où l'on fait de la **substitution**, de l'**ouverture**, de l'**accès**, plus dans la quantité que la qualité, avec beaucoup de distribution de médicaments. ECHO soutient des activités dans les zones rebelles où il n'y a plus de soutien des bailleurs traditionnels. C'est une superficie vaste, les partenaires sont peu nombreux. Il est difficile de couvrir tout le territoire. Après une évaluation, le résultat n'est pas brillant. Il fallait faire quelque chose de qualitatif. Lors d'une fameuse réunion à Nairobi, les autorités rebelles comme les forces gouvernementales et tous les autres acteurs de la santé se sont mis ensemble pour faire le constat lamentable de la situation et arriver à des solutions nouvelles.
- une seconde phase est donc née avec la **définition d'un paquet minimum d'assistance**, une volonté de faire de la qualité et de prendre en charge les salaires des personnels de santé.
- une troisième phase est en cours actuellement avec le **passage de l'urgence vers le développement**. Les zones d'activité sont plus réduites, nous allons vers une politique de qualité et de concentration de nos activités.

A partir de 2001, nous voyons nettement une réduction du nombre de zones de santé prises en charge par ECHO parallèlement à une augmentation du budget, ce qui donne un taux de financement par zone de santé qui augmente de 95 000 euros par zones de santé à des sommes plus conséquentes qui nous permettent d'atteindre un **niveau de qualité**.

En ce qui concerne l'accès, la sécurité ne se fait pas nécessairement par la Monuc mais surtout par des négociations au niveau local, des ouvertures par des individus courageux qu'ils soient des Nations unies, d'ECHO ou des ONG.

Il y a forcément un problème culturel qui doit être réglé avec une dissémination de l'information et la sensibilisation. Il faut améliorer l'accès physique, donc ECHO se lance dans la construction de routes. Et enfin, l'élément le plus important qui empêche l'accès à la santé est l'accès économique. Est-ce qu'on pratique la gratuité des soins ou le recouvrement des coûts ? On reviendra là-dessus.

Pour ce qui est de l'accès économique, on peut forcément proposer des soins gratuits où ECHO paie tout mais sachant que l'avenir ira vers le recouvrement des coûts pour accéder à une pérennité, quelle politique ECHO doit elle prendre ? Nous avons décidé d'instaurer un **recouvrement de coûts modifiés** où on a laissé le choix aux partenaires avec les communautés locales de décider quelles étaient les possibilités d'introduire des tarifs pour les soins. On leur a laissé la possibilité dans certains cas, notamment durant l'irruption du volcan à Goma de proposer la gratuité si nécessaire et de toujours maintenir un pourcentage de gratuité pour les indigents. Sur l'étendue du territoire, il y a différentes tarifications selon la situation économique des zones de santé. En revanche il était impératif que ces prix soient affichés et que ces recettes soient traitées honnêtement et utilisées sur les lieux mêmes du centre de santé pour améliorer la qualité des soins.

Voilà les éléments principaux du **paquet minimum d'activités**. Nous avons assuré la qualité en rendant les centres opérationnels, en imposant que les partenaires travaillent avec les structures médicales existantes, en imposant des supervisions, des objectifs et des indicateurs, en mettant en place une incitation financière et en essayant d'améliorer le niveau de formation. En termes de salaires, c'était basé sur le taux d'utilisation et le degré de qualité des soins fournis dans les centres. Ceci représentait un bonus pour le staff, pour l'inciter à rester sur place. Nous impliquons les trois éléments les plus importants pour mettre en place le système : les autorités, les communautés et les bailleurs.

Le bilan en chiffres n'est pas négligeable : nous avons augmenté le taux de nouveaux cas par habitant et par an de 0,2 en 1999 à au moins 0,45 en 04. Nous avons 4,4 millions de nouveau cas par an, une

ouverture de 8 millions d'habitants (soit un cinquième de la population), 900 structures, les coûts moyens sont entre 4 et 6 euros, le prix des consultations de 0 à \$1.

Quel est l'impact de nos activités ?

Il faut savoir qu'au Congo, l'impact est **difficile à mesurer scientifiquement**. Les dénominateurs sont peu fiables, les enquêtes sont difficiles et les taux de mortalité pas uniquement dus à la santé.

La question est : dans le contexte de la RDC, la santé a-t-elle vraiment l'impact que nous imaginons ? Selon certains de nos collègues sur le terrain, les résultats restent mitigés au niveau scientifique et médical. Une enquête MSF estime que dans certains endroits l'amélioration est quasiment imperceptible au niveau macro. Bien sûr au niveau individuel, dans certaines zones, des statistiques montrent que les améliorations sont indéniables. On se demande aussi si avec 4 à 6 euros par personne on peut faire quelque chose qui a un sens au niveau de la santé quand l'OMS préconise 12 et même 26 euros par habitant et par an.

Par contre, comme constat d'effets annexes, on doit noter **l'importance de l'humanitaire médical dans la sécurité et la stabilisation de certaines situations** ne fusse que par notre présence. La médecine est une espèce de ticket d'entrée qui nous permet d'aller sur le terrain et d'avoir un effet stabilisateur sur les endroits où on travaille. Cela a un effet sur la sécurité. On sait que la sécurité est un des éléments les plus importants dans notre mesure de taux de mortalité.

Il est évident qu'on ne peut implanter un système de santé en autarcie. Il faut d'autres soutiens économiques et de développement du commerce.

Les leçons apprises :

- les taux de fréquentation sont directement liés au prix de la consultation
- les transferts sur les centres de référence sont très onéreux pour la population et peu de gens ont la capacité de se rendre de la clinique périphérique vers le centre spécialisé
- la qualité du personnel soignant en zone rurale est très limitée
- il y a un problème de logistique énorme

Changer les habitudes au Congo sera très difficile

Il y a eu beaucoup d'amélioration sur ces trois dernières années. Maintenant nous pouvons **passer la main vers les collègues du développement**, notamment parce que nous avons fait l'effort de travailler avec les systèmes en place. Ce transfert vers le développement prend du temps. L'enveloppe B de l'Union européenne qui est un outil flexible et rapide prend 18 mois. L'enveloppe A qui est le développement à long terme prend encore plus de temps.

En conclusion, toutes les zones de santé soutenues par ECHO seront remises aux partenaires de développement. Pour les reste, nous attendons avec impatience qu'un bailleur de développement vienne au Sud Kivu par exemple pour reprendre la main.

Merci.

Dr Eric CHEVALLIER

Merci beaucoup. Pour ce qui concerne Médecins du Monde, nous pouvons témoigner que dans le Tanganyika, sur les 11 zones de santé, nous passons effectivement d'un partenariat avec ECHO à un partenariat avec le 9^e FED qui est fait conjointement entre ECHO, le 9^e FED et nous sur la façon d'articuler le transfert de l'un à l'autre. Ça se passe effectivement plutôt positivement. On passe la parole à notre collègue de l'OMS.

Dr Jean-Pierre LOKONGA, administrateur national du programme de l'OMS en RDC

L'Organisation Mondiale de la Santé travaille dans les pays sur la base du plan général de travail et en ce qui concerne la RDC, des

orientations du bureau régional de l'OMS. L'une de ces orientations pour la période 2005-

2009 est d'appuyer entre autres le **développement du système de santé.**

Si l'on voit à partir des années 90 le virement des indicateurs au rouge, pour nous à l'OMS, il ne s'agit pas uniquement d'un problème de financement. En effet, en 1990, malgré la rupture de la coopération bilatérale, il y a eu des financements à travers les ONG. Mais ce qui a effectivement chuté en 1990, c'est le **manque de pilotage du système par l'Etat.** Chacun apportait ses financements et les orientait comme il le voulait.

L'Etat a abandonné la dispensation des soins, l'élaboration des politiques et la gestion du système de santé. On a assisté à la fragmentation des programmes de santé et des interventions des bailleurs.

Cette absence de pilotage de l'Etat a pour conséquence l'effondrement du secteur de santé qui a entraîné l'inaccessibilité aux soins et la surmortalité.

Ce qui a changé **ces deux dernières années** en RDC, c'est **l'élaboration d'une stratégie claire** où l'Etat montre où il veut aller. Cette stratégie dit comment on doit développer le système de santé, comment travailler avec les partenaires, ceux-ci ont d'ailleurs adhéré à cette stratégie.

En RDC, le changement fondamental est que quand quelqu'un arrive au ministère avec de l'argent, on va lui demander qu'on fasse plutôt telle ou telle chose avec cet argent. Les bailleurs sont aussi de plus en plus flexibles à réviser leurs interventions dans le sens de la stratégie de l'Etat.

L'OMS a fait partie du groupe qui a aidé le ministère à élaborer la stratégie. Elle est en train d'aider à finaliser les documents normatifs et d'appuyer le GIBS, pour une meilleure coordination des interventions.

Ce qui reste à faire pour nous :

Dr Martinus DESMET, attaché de coopération santé à l'ambassade de Belgique en RDC, coordonnateur en 2006 du Groupe inter-bailleurs santé (GIBS) en RDC

Merci, Eric. je vais vous montrer le chemin que nous avons parcouru avec les bailleurs ces deux dernières années dans le cadre de l'harmonisation et l'alignement dans la pratique.

De 2002 à 2005, on a eu un **Groupe Thématique Santé** qui s'attelait à un échange

- on ne développe pas un système de santé avec l'argent des autres. Il faut que l'Etat commence à mettre de l'argent dans la mise en œuvre de cette stratégie, et compter après sur l'appui des partenaires.
- il faut documenter ces expériences de développement des zones de santé pour voir comment à moyen et long terme cela va infléchir les indicateurs de mortalité.
- estimer le coût du développement des zones de santé et mieux élaborer un cadre de dépense à moyen terme pour savoir ce que coûtera la santé dans les 3 à 5 ans à venir afin de voir les gaps éventuels avec les financements actuels.
- entamer la réforme du secteur de santé avec la correction de toutes ces inflations institutionnelles avec la rationalisation et le renforcement du niveau central et du niveau intermédiaire au lieu d'appuyer ou plutôt de déranger le développement des zones de santé.
- réviser la politique sanitaire nationale pour donner des signaux clairs par rapport au financement du secteur et au paquet d'activités et même actualiser un plan directeur de développement sanitaire.

En conclusion, je dirai que le système de la RDC reste encore fragile mais avec la **reprise en main de l'Etat par le développement clair d'une stratégie**, surtout s'il finance sa mise en œuvre, il y aura des **résultats probants à moyen et long terme**. On ne développe pas un système de santé en deux ans.

Dr Eric CHEVALLIER

Merci beaucoup pour la qualité et le caractère synthétique de votre intervention. Martinus c'est à toi.

d'informations sur les projets et les programmes, et qui faisait la promotion d'initiatives disparates. Les membres étaient les représentants des bailleurs bi et multi et des agences des Nations unies actifs dans le secteur de santé ainsi que les AT dans les projets et programmes. Ceux ci faisaient parfois monter la surenchère sur la promotion

d'initiatives disparates en espérant que l'un ou l'autre pouvait éventuellement financer des propositions.

Le 16 décembre 2005 a eu lieu une réunion au ministère de la Santé qui a présenté pour la première fois la SRSS. Il y avait un fort appui par son excellence le Ministre de la Santé et il y a eu une première réponse d'appui préliminaire des bailleurs présents. Nous nous sommes engagés à impliquer nos sièges respectifs pour qu'il acceptent cette SRSS. Nous avons aussi reconnu le rôle crucial d'accompagnement technique de l'OMS

Entre le 15 et le 17 février 2006 a eu lieu la **revue annuelle du secteur de santé**. Elle nous a amenés à un diagnostic franc de la situation du secteur de santé. Et il y a eu la présentation de la SRSS par le Secrétaire Général du Ministère de la Santé lui même. C'est cet acte qui nous a incités à préparer une réponse collective, une **déclaration commune** que nous avons lue lors de la cession de clôture de cette revue annuelle.

Entre-temps, fin 2005-début 2006, le Groupe Thématique Santé s'est transformé en **Groupe Inter-Bailleurs Santé (GIBS)**. Il regroupe tous ceux qui sont actifs dans le domaines de la santé sauf les ONG internationales : les bailleurs institutionnels bi- et multilatéraux, les agences des Nations unies, le représentant du Fond mondial...

Nous sommes passés d'un groupe qui échange des informations à un groupe qui cherche des approches communes en appui à la SRSS basées sur des propositions et des procédures viables dont nous estimons qu'elles valent la peine d'être suivies. C'est ce qu'on appelle **l'alignement partiel des bailleurs à la politique du pays**. Nous le faisons sur des dossiers et des thèmes concrets et spécifiques.

Le profil des membres du groupe a changé également. Nous avons demandé aux AT de continuer leur travail technique autour du ministère, et nous nous sommes retrouvés, 15 autour de la table, celles et ceux qui peuvent déterminer et influencer les mécanismes de coopération. Le groupe est devenu restreint, mais stratégique; on a créé une confiance mutuelle, une ouverture d'esprit, une convivialité pour pouvoir se regarder droit dans les yeux et débattre. Nous avons officialisé notre Groupe Inter-Bailleurs Santé en élaborant nos termes de référence.

Et entre-temps nous travaillons sur des dossiers concrets. Le point de départ était

certes la déclaration commune d'appui à la SRSS pendant la revue annuelle en février 2006, mais depuis lors, nous nous sommes attelés à des dossiers spécifiques qui ont tous trait à la mise en oeuvre ou la préparation de la mise en oeuvre de la SRSS.

Nous avons parlé à de nombreuses reprises pendant le colloque des **ressources humaines** pour la santé. Le groupe travaille à un document d'harmonisation des compléments de salaires et primes. L'Union européenne, la Banque mondiale et le Canada ont le lead sur cette question.

Nous travaillons aussi sur les **médicaments**. On appuie fortement, d'un commun accord, le système national d'approvisionnement en médicaments du Ministère de la Santé. Notre lead agency est l'Union européenne.

La **coordination du financement des zones de santé** est aussi un des points cardinaux pour réussir dans la mise en oeuvre de la SRSS.

Pour notre **participation à l'élaboration du recueil de normes standard dans le système de santé**, : nous sommes représentés par la Belgique, l'OMS et l'Allemagne.

Pendant que les bailleurs s'organisent, il faut que le ministère essaie de s'organiser aussi. Il a fait lui même un diagnostic ouvert de ce qui ne va pas dans sa structure. Il faut essayer de contenir l'inflation institutionnelle et regarder dans la même direction. Nous étudions donc aussi avec le Ministère de la Santé quels sont les **préalables** pour arriver à une **coordination efficace et efficiente**. Le GIBS prépare également une note stratégique commune sur les priorités à présenter au nouveau gouvernement du Congo.

En ce qui concerne notre méthode de travail, quelques membres désignés dans le groupe préparent un draft, le diffusent aux autres membres, on en discute, puis on le finalise et on se concerte avec le Ministère de la Santé.

Quels sont finalement les défis ?

Pour le ministère de la Santé et le gouvernement du Congo,

- il y a encore un déficit d'appropriation de la SRSS par les cadres du ministère
- il y a un problème de coordination intra-ministériel qui fait partie des préalables pour arriver à une coordination efficace et efficiente entre nous et le Ministère de la Santé
- la réforme de l'administration publique pour faire face à l'inflation institutionnelle

- l'augmentation du budget d'Etat et le pourcentage alloué à la santé à laquelle l'OMS a également fait allusion

Pour le GIBS,

- L'espoir est de garder l'esprit de confiance et d'ouverture pour travailler à une meilleure harmonisation avec le Ministère de la santé et le gouvernement et de continuer à être accepté par le ministère
- Un autre défi est la ré-orientation des programmes d'appui existants. Pour l'Union européenne par exemple, il s'agissait d'adapter ses projets à la SRSS
- augmenter les flux financiers : la stratégie aura besoin de plus de moyens, non seulement du côté du Ministère de la Santé mais aussi des bailleurs de fonds
- faire attention à la multisectorialité. Le secteur de santé seul ne va pas résoudre l'amélioration de l'état de santé de la population

Qu'est ce que nous pouvons faire ensemble Ministère de la Santé et le GIBS ?

- créer des conditions propices à la coordination entre les deux

- orienter le secteur : nous avons une stratégie qui nous indique là où nous voulons aller, mais nous ne disposons pas de plans stratégiques national ou provincial pour le moment sur ce que nous voulons faire au juste et où nous voulons le faire.
- Le but ultime de notre coordination est le financement conjoint. C'est ce qu'on appelle souvent une approche sectorielle toute faite. Nous sommes déjà dans une approche sectorielle par ailleurs en nous alignant à la nouvelle stratégie et en essayant de nous harmoniser autour de procédures et mécanismes du ministère et du gouvernement. C'est ce qu'on appelle l'alignement partiel.

Merci.

Dr Eric CHEVALLIER

Merci Martinus pour encore une fois la concision et la précision. Rappelons que vous êtes depuis onze ans au Congo. On va passer la parole à Jean-Pierre MANSHANDE pour la Banque mondiale. Nous aurons ensuite un moment de débat avec la salle puis nos trois discutants concluront.

Dr Jean-Pierre MANSHANDE, task manager du projet RDC, Banque mondiale

Je vais vous parler de la coordination et de l'intégration des projets de la Banque mondiale. Les projets de santé en cours d'exécution au Congo sont :

- le Programme multisectoriel d'urgence de réhabilitation et de reconstruction (PMURR)
- le Projet d'appui à la réhabilitation du secteur santé (PARSS)
- le Malaria booster program
- le Programme multisectoriel de lutte contre le VIH/sida (MAP)

Le PMURR

C'est un énorme programme du gouvernement de \$1.7 milliards sur 3 ans. Il a été cofinancé par la Banque à hauteur de \$574 millions dont \$56.3 millions pour le volet santé. Le maître d'ouvrage était le BCECO, une agence de passation de marché qui dépend du Ministère de la Santé. Ce projet a commencé en juillet 2002 et devait se terminer en juillet 2005 mais il a été prolongé jusqu'en décembre 2008. Le

décaissement est aujourd'hui de \$45 millions. Ce projet appuie 69 zones de santé et bientôt 11 nouvelles zones de santé vont s'ouvrir à l'Est, dans les régions précédemment en conflit. Ce projet est constitué essentiellement d'un appui institutionnel aux bureaux centraux de zones de santé, aux inspections provinciales et au niveau central.

L'objectif principal au niveau de la santé était de rendre disponibles les soins de santé de qualité à au moins 50 % de la population des zones de santé couvertes.

Les stratégies : on a contractualisé avec 8 Maîtres d'ouvrage délégués (MOD) pour appuyer le gouvernement à :

- mettre à jour et diffuser les lois et règlements qui orientent le système de santé
- réhabiliter et équiper les infrastructures sanitaires dans les 69 zones

- renforcer les ressources humaines à tous les niveaux du secteur
- améliorer la qualité des soins à travers le contrat de performance avec le personnel de santé. 5 millions de dollars sont notamment partis en prime pour les infirmiers.
- développer des centrales d'achat et de distribution afin d'améliorer la disponibilité des médicaments essentiels génériques (MEG) et autres produits médicaux
- renforcer la capacité des programmes à prévenir et/ou traiter le paludisme, le VIH, la TB et la trypanosomiase
- assurer les services de santé pour les groupes spécifiques : mère, enfant, orphelins, victimes de guerres
- réhabilitation et équipement des inspections médicales provinciales et du niveau central.

Dans ce projet, on a un peu trop insisté sur le côté matériel, tant au niveau des zones qu'au niveau intermédiaire et pas assez, en tous cas au niveau intermédiaire dans les inspections médicales, sur la partie soft.

Les résultats attendus étaient :

- une augmentation de la couverture vaccinale des enfants et des femmes
- l'amélioration de l'utilisation des services
- les infrastructures réhabilitées et équipées
- le renforcement institutionnel des zones de santé et des inspections médicales appuyées
- un personnel de santé formé, responsabilisé et motivé

Les chiffres entre avril 2003 et décembre 2004 :

En terme d'utilisation des services de santé, bien qu'inégales, on a observé des améliorations. Le taux d'utilisation au total a augmenté de 12%. Pour la rougeole, ça a augmenté de 15%, pour les soins ante-nataux de 20% et pour le nombre de supervisions de 30%.

Les leçons apprises :

- vu le financement et la population qui était couverte (10 millions d'habitants), avec \$0,5 par habitant et par an, ce n'est pas suffisant pour assurer des soins de base de qualité et la fonctionnalité du système
- la rationalisation du plan de couverture n'a pas reçu l'attention voulue. On a

contribué à une offre excessive des soins de santé

- les primes étaient données au personnel responsable et pas au personnel soignant. Comme le personnel de santé n'a pas de prime, il prélève dans les paiements faits par les patients n'entraînant pas d'amélioration de l'accessibilité financière
- le contrôle insuffisant des performances et des indicateurs sanitaires et pas d'audits techniques des informations sanitaires

Il y a eu des progrès significatifs dans la conception du **projet PARSS**.

Le projet PARSS, c'est \$150 millions de dons. Le maître d'ouvrage est le Ministère de la Santé, ce qui fait une grosse différence. L'agence BCECO continue à travailler comme prestataire de service. Le projet va durer 4 ans (avril 2006 à juin 2010). Il y a 4 composantes :

- l'appui au développement des zones
- la lutte contre le paludisme
- le monitoring et l'évaluation
- la gestion du projet

Le projet couvre 5 provinces et 83 Zones de Santé.

Les composantes :

La première est la contractualisation des Agences Externes Partenaires (AEP). \$104 millions sont prévus, soit \$3 par personne et par an. La banque préconise parfois des financements de \$12 à \$26 mais elle ne fait pas toujours ce qu'elle dit. En voici la preuve.

Le renforcement des capacités et le suivi/évaluation qui a reçu un financement important de \$6 millions sera utilisé pour payer une agence externe d'évaluation qui aura un regard externe et va faire des enquêtes sur le terrain, auprès des ménages et permettre d'objectiver l'attribution de la performance et conditionner le bonus annuel.

La coordination du projet est de \$4 millions.

On a commencé la préparation de ce projet il y a un an en septembre dernier. Les agences partenaires vont être contractées dans les semaines qui viennent. La sélection de l'agence externe d'évaluation est faite, l'unité de coordination fonctionnelle est en place et on va bientôt signer les contrats.

Le Malaria Booster Program

Il couvrait initialement 10 millions de personnes dans le cadre du PARSS. On a étendu aux 10 millions de personnes couvertes

par le PMURR. Au total on devrait couvrir 20 millions de personnes, c'est-à-dire 1/3 de la population de la RDC.

Le MAP

Le budget est de \$102 millions. Il est géré par le Programme national Multisectoriel de Lutte contre le Sida (PNMLS). Le projet, commencé en octobre 2004, se terminera en janvier 2011. \$23,8 millions ont été décaissés.

Les différentes activités :

- sécurité transfusionnelle
- prévention transmission mère enfant
- traitement des IST
- gestion des déchets médicaux
- conseil dépistage volontaire
- traitement des Infections Opportunistes (IO)
- traitement par ARV

Elles vont être financées par le MAP à travers les structures qui ont été contractées dans les deux précédents projets, par conséquent sans complications administratives supplémentaires. Merci.

Dr Eric CHEVALLIER

On se prend un quart d'heure pour avoir des éléments de discussion avec la salle.

Questions de la salle :

- Je suis journaliste à l'Agence France Presse. Je souhaitais savoir, surtout de la part des bailleurs si ce n'était pas une perte de temps d'appliquer les grands modèles internationaux et de passer pour la RDC de l'urgence au développement alors que l'on voit bien que sa **situation sanitaire et sécuritaire appartient plutôt au domaine de l'urgence** actuellement. Est-ce que ça ne bouleverse pas davantage des programmes qui ont du mal à s'installer ? Est-ce que ça ne bouleverse pas une partie des financements ? Et est-ce que concrètement ça ne fait pas aussi baisser ces financements alors que c'est un pays qui en a visiblement besoin ?

- Je suis journaliste à l'Humanité. J'ai plusieurs questions :

D'abord une question politique : il y a quelque chose qui m'intrigue de la part des représentants du ministère. On élabore une stratégie à très long terme avant les élections. **Pourquoi ne pas avoir attendu d'avoir cette légitimité politique pour se lancer dans un programme de reconstruction à long terme?**

Autre question : il y a visiblement une volonté de sortir des financements par grands thèmes, maladies etc. mais d'un autre côté on voit au niveau mondial une montée en puissance de choses de type Fond Mondial. Est-ce que vous n'avez pas des **difficultés à faire passer votre nouvelle approche stratégique au niveau des bailleurs ?**

Enfin, est-ce que la **Banque mondiale** a une position sur la question du **coût des consultations médicales?**

- Bonjour. Je travaille pour une organisation hollandaise qui opère depuis plus de 20 ans au Congo. J'ai trois questions :

D'abord au niveau du recouvrement des coûts, qui est quasiment impossible au Congo actuellement, nous avons nous-même initié trois projets pilotes dans trois zones de santé au Kasai et dans le Sud Kivu qui sont liés à un système d'achat des performances basé sur des résultats. Depuis 2005, nous avons des résultats assez significatifs. Ce matin, j'ai entendu le Secrétaire Général du Ministère de la Santé évoquer la question de **l'achat des performances**. Je voulais savoir si c'était une stratégie qui allait être utilisée en RDC.

Deuxième point : au niveau de la santé de la reproduction qui est un problème fondamental en RDC, je voudrais demander au Ministère de la Santé quand il parle de collaboration intersectorielle, de collaborer avec le Ministère de l'Education pour faire la **promotion de l'éducation des filles**. Cela doit être une stratégie pour améliorer la santé de la reproduction et même lutter contre le sida. Il faut laisser les filles à l'école le plus longtemps possible.

Troisième point : au niveau du Fond Mondial, comment pouvons nous faire pression dans les fonds verticaux (la lutte contre le sida, le paludisme, la tuberculose...) qui sont actuellement en RDC. Notre organisation des fonds du Fonds Mondial (?) mais doit aussi les compléter. Donner des médicaments aux hôpitaux sans songer à payer les salaires des médecins ne devrait plus être admissible. Je voudrais savoir comment le Ministère de la Santé peut faire pression au niveau du Fond Mondial pour qu'à la deuxième phase, l'année prochaine, on puisse aussi **inclure le financement des ressources humaines**.

Dr Eric CHEVALLIER

Merci pour cette série de questions. Peut être d'abord Hyppolite pour les questions qui ont concerné le Ministère de la Santé, le **lien entre la stratégie de santé et la période entre**

deux politiques, celle sur la **multisectorialité** et peut être un élément de réponse sur la **déverticalisation**. On demandera ensuite aux représentants des différents bailleurs de nous faire des commentaires sur les questions qui ont été posées.

Dr Hyppolite KALAMBAY

Cela paraît illusoire de passer directement de l'urgence au développement. Ce que je peux dire à ce stade, c'est que la RDC est un pays vaste de 2,5 millions de km². Certaines parties sont dans l'urgence, d'autres en phase de développement, d'autres enfin entre les deux, en transition. La stratégie s'inscrit dans le long terme et va vers le développement. Les interventions qui devront s'adresser à telle ou telle spécificité, liées à l'urgence ou non, devront apparaître dans le **plan de développement sanitaire des provinces**. A ce niveau là, où le pouvoir est décentralisé, le comité de pilotage provincial de la stratégie qui sera mis en place devra voir quelles sont les parties de la province qui iront directement au développement, celles qui nécessitent un soutien pour passer de l'urgence au développement.

A la question : pourquoi ne pas attendre un gouvernement élu ? Déjà avec le gouvernement de transition, une action de réforme de l'ensemble de l'administration publique est en train d'être menée dans le pays. La SRSS n'est pas un élément isolé. C'est un aspect de cette réforme qui s'insère dans cette dynamique générale. **Nous nous sommes basés sur la constitution qui, elle, est là pour plusieurs années**. Cette constitution met en place un Etat unitaire fortement décentralisé. La stratégie s'articule très bien avec cette constitution. Reconstruire notre système de santé est une voie incontournable. Je ne vois pas très bien comment un gouvernement pourrait demain utiliser une voix autre que celle là.

Les ressources humaines et le Fonds Mondial : je crois qu'on le fait assez. Si vous lisez le projet que nous avons soumis au Fonds Mondial pour le **6^e round**, vous verrez qu'une bonne partie du financement a été demandée pour les ressources humaines. C'est quelque

chose dont nous avons tenu compte dans son élaboration.

Dr Martinus DESMET

Sur le Fonds Mondial, j'ai mentionné que le PR (Principal Recipient) qui est le PNUD en RDC fait partie du GIBS. Lors des préparations pour le 6^e round, nous avons discuté de **l'harmonisation de l'apport que le Fonds Mondial pourrait donner comme source additionnelle de financement au système**. N'oublions pas que le Fonds Mondial a été érigé comme source additionnelle à ce que les bailleurs de fonds classiques font déjà. Quand vous lisez le document de soumission pour le 6^e round de la RDC, vous remarquez que jusqu'à 70% des ressources seront allouées aux intrants. Dans le groupe de GIBS, nous sommes d'accord sur le fait que le Fonds Mondial devrait servir de source importante d'assurance des intrants. Par exemple, la sécurité transfusionnelle a été un problème. Le Ministère de la Santé nous a appelé à plusieurs reprises en 2005 et 2006 car il y avait une crise. Nous voulons résoudre cette crise en demandant au Fonds Mondial de s'atteler à ce problème. Un autre exemple, la tuberculose : comme certains d'entre vous le savent, le Global TB drug facility à Genève qui donne à tous les pays en voie de développement des médicaments contre la tuberculose gratuitement va prendre fin 2007. La série 6 du Fonds Mondial va démarrer début 2008. Le programme national contre la tuberculose en RDC a jugé bon de demander au Fonds Mondial de financer cet intrant. Ce sont là des exemples d'harmonisation.

Vous avez posé une question, madame sur nos apports structurels. La France était au berceau du groupe thématique santé. Elle était le premier coordinateur des bailleurs en RDC. C'était vraiment l'initiateur. La France nous a quittés il y a quelques mois. **Il n'y a plus de représentation bilatérale de la France dans le domaine de la santé en RDC**. Peut être que cette opportunité nous est donnée aussi pour **faire appel au gouvernement français pour revenir dans notre groupe**.

Discutant : Dr Almouner TALIBO, coordinateur des programmes RDC, Médecins du Monde

Ce matin, on a vu dans l'état des lieux que l'Etat congolais, que le Ministère de la Santé ont essayé de survivre aux différentes crises du Zaïre au Congo. Il a été très flexible. Aujourd'hui, la question qu'il faut se poser est : **est-ce que les bailleurs de fonds seront aussi flexibles ?** Quelles vont être les limites de cette flexibilité ? Comme l'a dit cette intervenante, on a posé une stratégie avant la fin de la réforme politique de l'Etat. Est-ce que les bailleurs de fonds iront jusqu'à suivre toutes les réformes en cours notamment la décentralisation ?

Ensuite, il y a un problème que l'on a beaucoup évoqué, c'est celui des **ressources humaines** : pléthore de ressources, qualité de leur formation... On a aussi entendu qu'on ne met plus le personnel de santé à la retraite depuis des années. Mais qu'est ce qu'on prévoit en ce qui concerne le personnel qui s'est formé, sentant qu'il y a des potentiels de travail au niveau de la santé, qui est pratiquement dans la rue et fait son cabinet au coin de sa maison ? Quelles sont les stratégies mises en place avec les bailleurs et l'Etat congolais pour cadrer ces personnes là ? S'agit-il de les reprendre pour les former et en faire du personnel de qualité ou bien de les mettre à côté et former d'autres personnes de qualité ?

Un autre point sur lequel je voulais qu'on réfléchisse, c'est le thème de la **multisectorialité**. De plus en plus, les organisations le demandent, les bailleurs sont partants, les Etats sont consentants mais jusqu'où ira-t-elle ? Ma crainte est qu'on fasse la confusion entre multisectorialité et **multidisciplinarité**. On voit de plus en plus que c'est plus simple pour les bailleurs de gérer une zone de projet avec un contrat et un bailleur. Est-ce qu'on ne va pas ensuite demander des ONG multidisciplinaires ou des partenaires de mise en oeuvre d'actions multidisciplinaires qui vont se charger seuls d'une zone ? Quelle va être alors la structuration des organisations internationales qui sont en charge de la mise en oeuvre des projets santé ?

Dr Eric CHEVALLIER

Merci Almouner pour ces ajouts extrêmement justes. Je vous demanderai d'intervenir

maintenant sur le **recouvrement des coûts et la flexibilité**.

Dr Philippe MAUGHAN

En terme de flexibilité, il est évident qu'ECHO restera encore au Congo pour un certain nombre d'années. Je crois qu'il y aura la possibilité de faire des **interventions hybrides où ECHO serait prêt à prendre en charge les surplus créés par le conflit**. Par exemple, en Ituri, l'ONG Medair jouit d'un financement du 9^e FED. Par contre, ce financement est basé sur un certain nombre de populations. L'ONG se retrouve avec un surplus de population car il y a eu des déplacements, donc surconsommation de médicaments, besoin de faire plus de supervision etc. ECHO leur donne donc un surplus de financement pour faire face à ces besoins. C'est une solution qu'on peut envisager pour l'avenir, dans certaines zones assez conflictuelles.

Pour ce qui est du recouvrement des coûts, je vous remets la question : **est-ce que vous êtes prêts à payer plus de taxes ?** Ça coûte de l'argent. Pour améliorer les taux de mortalité, il faut une approche sectorielle donc il ne faut pas mettre tout l'argent sur la santé pour en mettre sur les autres secteurs. L'argent est limité, sauf si nous décidons d'en mettre plus. Il est à espérer que d'ici quelques années le gouvernement congolais aura ses propres ressources et pourra être maître de sa politique et décider lui même s'il veut appliquer le recouvrement des coûts ou la gratuité comme chez moi en Angleterre.

Notre responsabilité en tant qu'ECHO, c'était d'amener une assistance aux gens en détresse de façon gratuite mais il fallait qu'on pense à l'avenir et à la pérennité du système, c'est pourquoi on s'est senti obligés à certains moments d'introduire le recouvrement, personnellement à contre cœur. Je crois que c'était une décision sage.

Dr Jean-Pierre LOKONGA

Je crois que **le recouvrement des coûts ne doit pas être un objectif mais un mécanisme de financement**. Souvent quand on parle de la gratuité des soins, c'est simplement une conséquence du financement. La politique de financement en RDC, c'est

qu'on veut que les bénéficiaires contribuent. On ne fait pas la césarienne avec du fil à tresser les cheveux ou des lames de rasoir. Si vous voulez des soins de qualité, il faut que quelqu'un les paie. Quand vous dites gratuité des soins, vous voulez réduire la contribution de la population. Cela veut dire que vous comptez soit sur l'Etat soit sur la solidarité internationale pour payer. Ce qui est sûr c'est que si on veut améliorer l'accès aux soins, il faut réduire au minimum le paiement direct. Quand les gens commencent à vendre une machine à coudre, un fusil ou une partie de la maison pour se faire soigner, cela devient insoutenable. Le recouvrement des coûts est irréalisable dans ces conditions là. **Dans un pays comme la RDC où plus de 70% de la population vit avec moins de \$1 par jour, il est clair que le recouvrement des coûts est illusoire. Il faut donc améliorer le financement des soins par l'Etat et la solidarité internationale.**

Dr Jean-Pierre MASHANDE

Un petit commentaire à Madame qui parlait de la perte d'argent quand on passait de l'urgence au développement. **Pour arriver donner à \$3 au bénéfice de la population, en mode urgence on va dépenser 4 à 5 fois plus qu'en mode développement.** Donc au contraire, plus vite on peut passer au développement mieux c'est. Ca coûte beaucoup moins cher que de le faire en état d'urgence.

Sur la flexibilité, voilà ce qu'on a commencé à faire au sein de la Banque mondiale et qu'on aimerait voir faire par les autres partenaires verticaux, notamment le Fonds mondial : quand on a contracté une ONG pour donner un paquet de soins complet, cela est beaucoup moins difficile avec un programme vertical de venir et de rajouter un petit financement supplémentaire pour faire assurer la prise en charge des maladies en question. C'est moins difficile de faire un petit paquet pour rajouter le VIH sida ou le paludisme. On a déjà des liens contractuels qui nous permettent de garantir la bonne utilisation de cet argent.

Pour **le recouvrement des coûts**, je m'attendais à cette question. C'est un peu la question piège qu'on pose depuis quelque temps à la Banque mondiale à beaucoup d'endroits. C'est assez simple. Une réponse a été donnée là-dessus il y a un an par notre vice président à Oxfam et à MSF. **La Banque mondiale s'aligne sur les gouvernements**

qu'elle appuie. On n'a aucune raison d'aller imposer des choses qui ne sont pas soutenables dans le long terme. Ce n'est pas l'argent qui revient du recouvrement des coûts qu'on vise à récupérer, c'est toute la logistique que vous devez mettre en place pour compenser son absence. Si vous n'avez pas un système où l'argent remonte pour acheter les médicaments, c'est vous qui devez payer pour ça. Vous devez pousser le médicament vers le bas. Tandis que quand les gens achètent un médicament, on peut le subsidier. Je serais pour qu'on subsidie un maximum pour que la personne paie un prix symbolique, il y a alors une descente du médicament qui se fait de manière active parce qu'il y a un appel du médicament, parce qu'il y a des financements dans le circuit, au contraire d'un système où l'on doit pousser et organiser. J'étais à Madagascar quand le Président a annoncé la gratuité des soins. Au bout de 18 mois de gratuité, on a du réinstaurer le recouvrement des coûts parce que le système d'approvisionnement en médicament était totalement désorganisé. Les gens ne veulent pas de la gratuité si ça mène à la désorganisation. Le prix est très lourd à payer pour avoir un approvisionnement continu sur le long terme.

Dr Martinus DESMET

Ce débat est internationalisé mais en fin de compte les seules deux personnes qui n'ont pas parlé sur la politique qui concerne la RDC sont le Directeur des Etudes et Planification du Ministère de la Santé et Didier MOLISHO, nouvel élu du Parlement qui a commencé à siéger depuis la semaine dernière. Il me semble que fondamentalement, cette question doit être résolue par le nouveau parlement issu d'élections, le premier parlement depuis 45 ans, et par le gouvernement issu de ce parlement. **Ce ne sont que les institutions congolaises qui peuvent valablement résoudre ce problème** selon leur propre historique. C'est à eux de nous guider. Nous comme Groupe Inter Bailleurs Santé, nous nous sommes alignés à la SRSS. Dans l'avenir, il faut garder ce même type de respect. Comme communauté internationale, nous avons énormément investi pour mettre en place ces structures démocratiques de parlement et de gouvernement. Il n'est que normal de remettre ces questions dans les mains des nouveaux élus et du nouveau gouvernement pour en discuter. Il s'agit après tout d'un choix de société si l'on veut créer un système mutualiste basé sur une certaine

solidarité à la base ou un système financé par le revenu général, comme en Grande Bretagne.

Discutant : Pascal BROUILLET, AFD, Division Santé

Ce que je retiens de la discussion, c'est qu'il y a une **question de durabilité et d'engagement sur le long terme**. On ne va pas résoudre ces questions d'accès aux soins, de financement de la santé, s'il n'y a pas un engagement durable en faveur du secteur de la santé par le budget de l'Etat, en premier lieu, par une participation équitable et juste de la population au coût de la santé, ensuite, et enfin, par la communauté des bailleurs. Cette vision globale d'engagement à long terme me semble particulièrement intéressante en RDC dans la mesure où l'on dispose d'une politique sectorielle élaborée par le gouvernement et partagée par les bailleurs, et où il existe une volonté de ces deux partenaires, comme l'a montré la présentation de la coopération belge, à favoriser l'harmonisation, l'alignement et une appropriation de l'aide par l'Etat.

L'AFD n'a pas une « idéologie » spécifique sur la question du recouvrement des coûts, chaque situation est particulière et doit être examinée dans sa complexité. La question qui se pose fondamentalement est la capacité de paiement des populations et on voit bien dans le cadre de la RDC qu'elles sont extrêmement faibles. Si on vise un objectif à la fois d'équité et de lutte contre la pauvreté, on doit trouver des **solutions qui ne passent pas toutes par le paiement direct des usagers** qui semble évidemment la plus mauvaise manière de répondre aux enjeux d'accessibilité financière des populations.

Or, la RDC va se trouver au point d'achèvement de l'initiative PPTTE il devrait donc y avoir des ressources relativement importantes. Une des questions qui va se poser au titre du financement des besoins sociaux, c'est **comment vont se faire les arbitrages au niveau de l'Etat entre les nombreuses priorités de la RDC et quel est le volume de ressources d'annulation de la dette qui va bénéficier au secteur de la santé ?**

On sait aujourd'hui, si on regarde un certain

Dr Eric CHEVALLIER

Pascal BROUILLET, pour un commentaire gratuit/recouvrement, deux interventions dans la salle. Si Hyppolite souhaite dire un mot, il y sera évidemment invité et ensuite la parole finale à Didier MOLISHO sur l'ensemble des sujets qu'il veut évoquer pour conclusion.

nombre de pays dans le monde que (?) l'utilisation des ressources de l'annulation de la dette ne sont pas allés de manière significative au secteur de la santé pour des raisons d'arbitrage budgétaire interne mais aussi de capacité d'exécution des ministères de la Santé à utiliser ces ressources.

Il y a donc là un vrai sujet qui participe aussi au débat d'accès aux soins des populations.

Dr Eric CHEVALLIER

Pour ce qui concerne Médecins du Monde, je rappelle qu'on a une **approche extrêmement pragmatique, non dogmatique** et qui effectivement essaie de tenir compte des contextes et des situations. Pour information, par exemple, dans le district du Tanganyika dont je parlais tout à l'heure, nous avons décidé dans un premier temps de faire un travail d'analyse avec les communautés et les acteurs de santé pour voir ce qui est possible et envisageable. C'est ce qu'on va essayer de faire également par ailleurs en Haïti. Deux interventions dans la salle.

Questions de la salle

- Bonjour, je suis médecin. J'ai travaillé quatre fois déjà en RDC. J'ai participé il y a environ 15 ans à la création d'une zone de santé dans le Bandundu. Je suis étonné qu'on dise que le **recouvrement des coûts** n'est pas possible. J'étais dans une zone vraiment pauvre et on y est arrivé. Il faut en même temps instaurer des mesures d'équité qui font que tout le monde n'y est pas assujéti. Mais je l'atteste, ça peut marcher.

- Bonjour. Je voulais poser une question au Ministère de la Santé. Quel est le coût exact de la stratégie que vous préconisez ? J'ai l'impression que **vous ne comptez que sur les bailleurs et les financements des partenaires**. Le secteur de la santé, on l'a dit depuis ce matin, est important dans la

construction du pays. Quelle est la part du gouvernement congolais ?

Dr Hyppolite KALAMBAY

Je voudrais rebondir sur ce qui vient d'être dit sur le recouvrement des coûts. Je voudrais une fois encore rappeler que ce pays est suffisamment vaste pour que toutes les provinces et les zones de santé ne se ressemblent pas. **Il y a certainement des endroits où le recouvrement des coûts est possible, d'autres où ça ne l'est pas pour l'instant et d'autres où cela peut se faire à moitié.** Ce qui a été prévu, c'est que dans certaines zones, et c'est ce que Médecins du Monde est en train de faire, nous allons étudier la volonté et la capacité de payer des usagers. En insistant sur la flexibilité du gouvernement et de ses partenaires, il y a possibilité de se dire que pour telle province, pour une césarienne qui coûterait par exemple 100 euros, les gens ne seraient capables de payer que 20% pour l'instant. La stratégie de reconstruction du système de santé ne peut aller de l'avant que si elle s'inscrit dans un cadre global de développement du pays. Pour ceux qui ne sont pas capables de payer à la hauteur qu'ils souhaiteraient, cette hauteur

pourrait aller décroissant avec le développement économique du pays. Combien coûte la stratégie ? Aujourd'hui on n'est pas capable de le dire exactement car on est en train d'y travailler. On pourra vous répondre au début de l'année prochaine. On a peut-être donné l'impression qu'on **compte beaucoup sur le bailleurs.** C'est vrai. Mais l'Etat est quand même en train de faire des efforts. En 2001, nous avions un budget pour la santé autour de 1% par habitant et par an. Il y a deux ans, nous étions à 7%. Une année on est tombés à 4% mais en terme de volume, c'était supérieur aux 7%. L'Etat fait donc des efforts pour financer sa propre stratégie. Mais la réalité est que même quand on aura demain un gouvernement, on compte dans un premier temps avec nos partenaires, quitte à faire des efforts pour que dans 5-10 ans, leur part puisse diminuer et que l'Etat puisse progressivement prendre la relève.

Dr Eric CHEVALLIER

Merci. Quelques mots de conclusion par Didier MOLISHO, médecin, nouveau parlementaire à l'Assemblée nationale de la RDC, au nom de la population congolaise.

Discutant : Dr Didier MOLISHO, député à l'Assemblée nationale de RDC

C'est un plaisir de prendre la parole à la fin de cette table ronde et une lourde responsabilité que de m'exprimer devant ce public. Je retiens deux mots : **la flexibilité et la déverticalisation, comme défis essentiels pour la reconstruction du système de santé en RDC.** Pour le nouveau gouvernement qui sera mis en place, la tâche sera facilitée car il va hériter d'une stratégie qui n'est pas seulement le fruit d'une composante politique, mais le résultat d'une réflexion qui a impliqué un certain nombre de cadres de ce qu'on appelle « la diaspora interne » sur ce qu'on veut mettre en place comme système de santé.

Il me semble que **les défis sont énormes.**

- l'un deux est que **le futur gouvernement puisse maintenir le leadership au niveau du Ministère de la Santé.** On ne peut reconstruire le système de santé avec un ministère à qui on ne fait pas confiance et qui ne se fait pas respecter par les partenaires ;

- un autre défi est de **poursuivre le partage de la vision du système de santé avec tous les acteurs.** La nouvelle constitution de la RDC met l'accent sur la décentralisation. Le grand défi est : comment les différents acteurs peuvent envisager de prendre en compte les acteurs du niveau centralisé dans la reconstruction du système de santé ?
- un des défis aussi, c'est comment on peut maintenir la confiance entre acteurs pour permettre que tous les partenaires financiers, l'Etat compris, puissent financer l'ensemble des axes du système de santé ? On a vu que la plupart des partenaires voulaient financer certains éléments et pas d'autres. Pour reconstruire, il est important **que tout le monde mette l'argent dans un même panier de manière à ce qu'on finance l'ensemble du système.**
- autre défi sur le plan interne : le gouvernement de RDC a commencé à

fournir des efforts pour augmenter sa contribution au financement du système de santé. Le budget est passé de 1% à 5% du budget pour la santé. Il n'est pas suffisant mais on arrive quand même à une moyenne de \$3 par habitant et par an. Le défi est **comment le gouvernement congolais peut-il arriver à utiliser rationnellement ces ressources qui sont mobilisées ?**

Il me semble que le décor est planté pour la reconstruction du système de santé et que les nouvelles autorités qui vont être mises en place vont s'inscrire dans la dynamique d'aujourd'hui. La préoccupation est : **comment faire que le fonds PPTTE (Pays Pauvres Très Endettés) soit utilisé pour aller réellement dans le sens de l'amélioration de soins de santé de qualité ?**

C'était pour moi un plaisir de prendre part à ce colloque et je remercie Médecins du Monde qui a accepté de m'associer à cette discussion.
Dr Eric CHEVALLIER

Merci beaucoup. On est très heureux que vous, nouvel élu de cette nouvelle assemblée soyez avec nous. Je crois que c'était très important. On va passer la parole cette fois ci à l'autre acteur très important, à côté des acteurs institutionnels, parlementaires et internationaux. C'est la société civile, dont le rôle est également majeur, en demandant à Julius COLE, notre ami et partenaire président d'Africare, avec qui nous collaborons à la fois en RDC et au Bénin, de bien vouloir nous rejoindre et assumer la modération de cette table ronde.

Rôle et renforcement des dynamiques locales

Modérateur : M. Julius COLES, président d'AFRICARE

C'est un honneur et un plaisir d'être aujourd'hui à Paris pour participer à ces discussions sur la RDC. On va commencer avec Anne-Marie MAMBOMBE MANKOY. Son intervention

portera sur l'organisation de communautés locales autour de l'assurance santé et plus particulièrement sur les mutuelles de santé.

Mme Anne-Marie MAMBOMBE MANKOY, coordinatrice nationale du projet STEP en RDC (OIT)

En tant qu'Organisation Internationale du Travail (OIT), nous sommes particulièrement intéressés par la protection sociale. Dans la protection sociale, ce qui nous intéresse est l'accès aux soins de santé dans la population. Je me réjouis du fait que ceux qui m'ont précédée ont déjà commencé à parler du recouvrement. La population est impliquée dedans. On voudrait qu'elle puisse participer aux coûts des soins de santé.

Je commencerai par parler de l'OIT, notre organisation. Son travail consiste à **améliorer ce que la population a déjà fait ou à l'aider à s'organiser en mettant en place les systèmes d'assurance santé et particulièrement les mutuelles de santé.**

La situation de l'assurance santé dans notre pays se présente de la manière suivante :

- pour les **salariés**, il existe le code du travail (pour le secteur privé) et les régimes spéciaux (pour la fonction publique). Ces dispositions, très favorables, ne sont plus correctement assumées. Des difficultés se posent en effet sur le terrain. Pour le secteur privé, cela commence à peser dans le budget des entreprises qui ont l'obligation légale de prendre en charge la totalité des soins de santé pour les travailleurs et les membres de leur famille. Tandis que pour les fonctionnaires de l'Etat, ils ne peuvent plus se présenter dans les formations médicales avec cette carte d'ayant droit qui ne les acceptent plus parce que l'Etat n'est pas toujours capable de payer ou d'honorer ses factures. Le

code du travail qui protège les travailleurs du privé ou du public ne concerne que moins de 10% de la population. Alors qu'au niveau de l'OIT, on voudrait étendre cette protection sociale à tous, y compris les salariés et les acteurs de l'économie informelle que l'on considère aussi comme travailleurs.

- pour les **travailleurs de l'informel**, il n'y a aucune protection. Ils sont obligés de s'organiser d'une autre façon parce que l'Etat ne les prend pas en compte. Ils peuvent s'organiser autour de l'assurance santé ou de mutuelles de santé. Mais souvent l'assurance santé coûte extrêmement cher pour ces populations qui ont en général un revenu faible ou irrégulier.
- la situation des **indigents** est encore plus dramatique dans la mesure où ils n'ont pas les moyens de contribuer et ne peuvent dépendre que de la solidarité familiale ou de l'assistance au niveau des affaires sociales.

A l'heure actuelle, nombreux d'entre ces catégories (salariés ou pas) éprouvent des difficultés et ne sont **pas capables d'accéder aux soins de santé dans une structure formelle**. Ils recourent donc soit à l'automédication soit à la médecine traditionnelle.

Quant aux prestataires de soins, ils ont des **difficultés de recouvrement des coûts de soins de santé car la population n'est plus capable de payer**. Ils couvrent de plus en plus

difficilement leurs charges de fonctionnement. Il y a aussi l'augmentation des charges liées aux opérations de recouvrement des impayés. Le malade vient se faire soigner, n'a pas toujours l'argent pour payer les soins et donc il se développe à côté des soins de santé, un service de recouvrement. Cela coûte au fonctionnement même de la structure médicale. D'où le refus de prise en charge des patients, la population se détourne des prestataires de soins. Elle ne les contacte que lorsque les maladies sont déjà au stade des gros risques.

Le faible pouvoir d'achat des populations congolaises ou des ménages, pris individuellement, ne leur permet plus de faire face aux coûts des soins de santé.

Il en est de même pour les entreprises dont la charge, imposée par la loi, commence à peser lourdement sur leurs budgets.

Devant ce défi, les gens comme les entreprises commencent à s'organiser. On voudrait arriver à la **mutualisation des coûts des soins de santé**.

Comme protection complémentaire plus abordable, la mutuelle de santé veut :

- combler les lacunes des régimes légaux de sécurité sociale en place
- élargir l'accès aux soins de santé aux plus démunis
- adapter les services aux conditions des populations cibles : par rapport au couple « prestations/cotisation », payer quelque chose et avoir droit aux soins de santé
- alléger le poids budgétaire des soins de santé pour les entreprises

Pour les prestataires, les mutuelles de santé leur permettent :

- de négocier avec un client solvable.
- de garantir le paiement des prestations.

Cela veut dire que la population qui s'est organisée met en place un certain montant et que quand elle se présente au niveau du prestataire de soins, celui-ci est sûr d'avoir quelqu'un qui est capable de payer les soins.

A la longue, les mutualistes pourraient aider à l'amélioration du système de santé dans ce pays parce que **la population aura la possibilité de donner son point de vue dans l'amélioration des soins de santé**.

Des difficultés subsistent cependant dans la mise en place des mutuelles de santé :

- il y a d'abord le niveau bas de revenus de la population congolaise. Elle n'est pas toujours capable de pouvoir contribuer dans une mutuelle de santé : le SMIG chez nous est de 350 francs congolais soit moins d'\$1/jour/personne ;
- une quasi inexistence de compétences et d'information pour les gens qui veulent s'organiser autour de la mutuelle de santé ;
- l'absence de culture mutualiste. On parle toujours de la solidarité africaine mais les gens ne sont pas prêts à cotiser pour quelque chose dont ils ne trouvent pas le bénéfice directement. Que fait-on de l'argent que j'ai donné à la mutuelle de santé alors que je ne suis pas tombé malade ?
- l'absence des statistiques. Je me réjouis que le Dr KALAMBAY mène une étude qui va peut-être arriver à nous donner les statistiques. On doit connaître la fréquence et le coût des maladies pour fixer le coût de cotisation de la mutuelle ;
- l'absence d'une politique nationale de soutien aux mutuelles de santé. Il faudrait qu'on arrive à définir la place des mutuelles de santé dans la protection sociale, la manière dont devrait se jouer la solidarité nationale et comment intégrer les indigents qui ne peuvent donner quelque chose dans cette caisse commune afin que la population congolaise puisse accéder aux soins de santé ;
- l'environnement juridique pose problème. La seule loi sur les mutuelles en RDC date de 1958, sous la période coloniale. Il faudrait l'adapter. Et que le ministère de la Santé et du Travail arrive à réfléchir sur ce sujet et à discuter au niveau du conseil national du travail où l'on a la représentation des travailleurs, des employeurs et du gouvernement congolais ;
- enfin les structures qui veulent se mettre en place n'ont pas de compétences et ont besoin d'appui à ce sujet : appui financier pour pouvoir combler le déficit par rapport au coût de cotisation et appui technique (information, formation et suivi de ces structures).

Par rapport à ces besoins financiers, il faut souligner que le fait de mettre en place une mutuelle de santé c'est bien mais qu'il faudra

aussi mettre en place une **activité économique qui pourra aider la population à payer sa cotisation à côté de l'appui de l'Etat et des bailleurs de fonds.**

Il faut un appui institutionnel pour la mise en place :

- d'une politique nationale impliquant l'accès aux soins de santé dans le cadre globale de la protection sociale ;
- d'un environnement institutionnel favorable aux systèmes de protection sociale.

Il est important que les partenaires qui agissent dans le domaine de la lutte contre l'exclusion sociale et la pauvreté comprennent la nécessité de combiner **leurs efforts** pour arrêter des stratégies qui faciliteront l'accès aux soins de santé de la population.

J'encourage l'initiative du Ministère de la Santé qui a mis en place un Programme National de Promotion des Mutuelles de Santé (PNPMS) autour duquel on retrouve tous les partenaires intéressés (les bailleurs, la population, le secteur informel, les travailleurs, les employeurs).

Un exemple d'une mutuelle de santé : MUSECKIN, la Mutuelle de santé des

José BAU DIYABANZA, commissaire général de l'atelier Théâtre'Actions, Kinshasa

Merci. Je suis content d'être là. Je remercie Médecins du Monde car c'est la première fois depuis que le théâtre existe comme mode de sensibilisation que nous sommes amenés à réfléchir sur la place de la communication dans la communauté.

Je voulais juste vous rappeler que la télévision ou la radio s'arrêtent parfois et que dans certains endroits l'information du ministère n'arrive pas. Pour aller à Bulungu, on a besoin de pirogues et les gens qui sont en veste ne vont pas à Bulungu. Il faut des gens courageux qui sont des artistes. Nous amenons un message de santé. Comment ?

Nous passons par trois voies :

Nous commençons d'abord par faire des **animations théâtrales**. Elles ont pour mission d'orienter la population et la sensibiliser pour avoir la bonne information. Si on ne prend que la ville de Kinshasa, il y a au moins 34 chaînes de télévision et tous les soirs il y a du théâtre. Mais le théâtre qu'on fait à Kinshasa n'est pas celui dont on a besoin. Car à Luosi ou

enseignants des écoles catholiques de Kinshasa. Elle vise une population de 50 000 personnes. Seules 5 000 personnes sont capables de payer régulièrement leurs cotisations (taux de pénétration de 10%), à raison d'une cotisation de \$3 par personne et par mois.

Un travailleur qui touche \$23 par mois doit payer \$3 pour chacun des membres de sa famille. C'est plus ou moins impossible qu'un chef de famille prenne en charge la totalité des personnes qui sont dans sa maison.

Voici les difficultés auxquelles sont confrontés les gens qui veulent s'organiser autour des mutuelles de santé.

Merci bien.

M. Julius COLES

Merci beaucoup. C'était une intervention très intéressante. On va donner la parole maintenant à M. José BAU. Il est animateur culturel de la délégation culturelle walungaise à Kinshasa et commissaire général de l'atelier Théâtre'Actions. Son intervention portera sur la façon dont les populations peuvent contribuer elles-mêmes à l'amélioration de leur santé.

Walungu, il n'est pas connu. Il faut qu'il parle de la réalité sociale.

Pour faire des animations théâtrales, nous passons par **l'étude du milieu**. Ce sont des études que nous menons en tant qu'animateurs culturels sur le terrain pour voir quel est le vrai problème de la population. Les documents peuvent être publiés par le ministère, les ONG, mais la population ne comprend pas la même chose. Quand il y a du palu ou de la fièvre, la population dit que c'est normal. Il faut montrer à la population ce qu'il faut faire pour éviter les dépenses. Ce que les statistiques n'ont pas dit, c'est qu'au moins 60% des familles ont des pertes à l'école à cause du palu. 80% des consultations dans les zones de santé où nous allons sont dues au palu. Il y a beaucoup de choses que nous pouvons faire grâce au théâtre en leur disant d'améliorer l'environnement afin de faire partir le palu.

Après les études du milieu sur les préjugés de la population sur ce qu'ils comprennent et ce qu'ils savent, nous passons à la **conception du spectacle**. Parce que nous sommes des artistes et parce que les jeunes qui sont à Walikale n'auront jamais la chance de voir Molière, il faut que le théâtre soit très bien fait. Pour cela, il faut qu'il ait des normes artistiques : que cela commence par un conflit, qu'il y ait un développement, un dénouement et une conclusion. Il faut que la conclusion apporte une solution faisable. Par exemple, à Kindu, où il n'y a pas de courant, on ne va pas demander qu'il y ait des microscopes électroniques pour détecter le palu. C'est inimaginable. Nos spectacles vont se faire selon les réalités locales, ce qui est disponible et ce qu'on peut faire concrètement.

Nous passons ensuite à la **production**. C'est la population qui produit le spectacle. Pendant nos études, les textes, les personnes et même les surnoms des gens du village sont repris dans le spectacle. C'est la population qui nous dit où l'on va jouer. Nous jouons par exemple sous les arbres, à côté de l'église, en suivant les mouvements du soleil parce qu'il n'y a ni scène, ni coulisse, ni projecteur, ni rideau. Les phares de nos voitures nous permettent de faire des jeux de lumière. Et la population constitue le décor. Les productions se font sous forme d'une grande fête. Vous n'avez jamais vu ça. C'est aussi parce qu'on ne vient qu'une seule fois.

Après, il y a l'**évaluation**. Nous demandons aux personnes qui nous reçoivent et qui nous envoient, comme le Ministère de la Santé, de faire ensemble l'évaluation et le suivi. Qu'est-ce que nous avons fait, qu'est-ce que la population a compris et qu'est-ce qu'il y a eu comme changement ? Vers les années 90, il y a eu un accident d'avion à Kinshasa. 500 personnes sont mortes. Si nous avions été prudents, la moitié aurait été sauvée. En effet, à Kinshasa, on ne donne pas du sang. Nous avons mené une campagne dans le bus pour que les gens donnent leur sang. On entraînait dans les bus grâce aux bouchons d'une bière, qui faisait une opération de promotion et donnait des entrées gratuites dans le bus. Nous avons engagé 17 comédiens. Une semaine après la coopération allemande l'a appris, est venue dans le bus puis a installé 5 banques de sang à Kinshasa.

En dehors des animations théâtrales, nous avons décidé de **former la population**, en commençant d'abord par nous former nous-mêmes. La formation consiste à l'initiation aux

techniques de sensibilisation, aux conduites de réunions et à l'élaboration des messages appropriés.

Après la formation, nous passons par la **recherche**. Les textes que nous jouons, nous les écrivons nous-mêmes et prenons les réalités d'une région que nous mettons sous forme de spectacle. Nous le faisons grâce à notre équipe qui a une bibliothèque communautaire et au don de livres du Ministère de la Santé à des écoles médicales et à des écoles primaires. Ces formations nous permettent de monter des pièces et d'éditer des vidéos que nous envoyons dans les endroits où nous ne pouvons pas aller.

Nos résultats sont vraiment encourageants. C'est grâce à ce que nous avons fait que la population du plateau des Batege par exemple a compris qu'il ne fallait pas élever des porcs pour payer des taxes mais qu'il fallait les manger, que celle de Luosi a compris qu'il ne fallait pas parler secrètement de la sexualité mais plutôt l'affronter. Nous sommes arrivés à comprendre que si nous ne disons rien, personne ne dira quelque chose pour nous. C'est nous qui sommes responsables de nos erreurs. Si nous sommes médecin, nous devons nous mettre au jeu et trouver les solutions pour nous-mêmes.

Qu'est-ce que nous demandons aux officiels et aux partenaires ? **Si vous voulez à tout prix aider le Congo, remettez les cours d'hygiène à l'école**. L'enfant amènera l'information à ses parents et il y aura un grand changement. Il faudrait aussi remettre la police d'hygiène. Alors que l'hygiène est absolument nécessaire, personne ne se sent coupable en négligeant l'hygiène, même dans la communauté. Et puis je demanderai de ne pas seulement considérer **le théâtre** comme support d'agrément. C'est un **matériel de sensibilisation et d'éducation qui doit être pris au sérieux**.

Je vous remercie.

M. Julius COLES

Merci pour cette intervention très intéressante. On donne maintenant la parole à Jean-Pierre MWAKATITA KOKONIS qui va nous parler des moyens à mettre en œuvre pour réorienter les activités des ONG locales vers des projets de développement à long terme.

M. Jean-Pierre MWAKATITA KOKONIS, directeur de l'ONG SYDEC et coordinateur du Comité provincial/Equateur de la stratégie de réduction de la pauvreté en RDC

Merci pour la parole et ma gratitude à Médecins du Monde pour m'avoir permis de participer à cette réflexion commune.

Le thème de mon intervention dévoile une situation qu'il importe de changer dans la mesure où le nombre d'ONG locales augmente de jour en jour, alors que le quotidien des populations est de plus en plus difficile. Le renforcement des capacités des ONG locales est une stratégie importante pour s'assurer de leur participation efficace à l'effort commun de reconstruction nationale en RDC.

Cela étant, qu'il me soit permis d'abord de présenter le contexte de ma province l'Equateur avant de tenter d'apporter ma part de réponse à la question qui nous préoccupe : «Comment réorienter les activités des ONG locales vers des projets de développement à long terme ? »

L'Equateur est localisé dans le Nord-ouest du Congo. Il est vaste : 403 292 km² soit 17,2 % du territoire national et 3^{ème} rang après la Province orientale (503 239 Km²) et le Katanga.

Population : 7 391 082 habitants.

Elle est subdivisée en 5 districts, 24 territoires, 87 secteurs, 6 829 villages et 3 villes.

Le revenu annuel par habitant est de \$25.

Le taux de scolarisation : 37 %, un des plus bas du pays devant le Nord Kivu (34%).

Taux d'analphabétisme : 43,4 % .

Prévalence de malnutrition chronique : 40,7 % chez les enfants de 0-5 ans.

Seulement 23,7 % de la population ont accès à l'eau de boisson de qualité et 1,6% ont accès à l'eau dans leur logement.

Il y a une progression inquiétante de l'infection à VIH/sida dont la séroprévalence est passée en quatre ans de 2,4 % à 5,6 % ce jour et une forte prévalence de la syphilis dont le taux, 2,6% selon les données de 2003, passait pour le plus fort de la RDC.

Quelques problèmes brûlants en Equateur :

- l'accès difficile aux services et soins de santé de qualité
- des voies de communication détériorées
- un faible accès à l'éducation de base
- un faible accès à l'eau potable et à l'électricité
- l'insécurité alimentaire

L'Etat de lieux du secteur Santé dans la province :

Le système de santé est construit autour d'une inspection médicale provinciale avec 6 inspections médicales de district, 69 zones de santé, 69 hôpitaux généraux de référence moins 1 qui vient d'être ravagé par un incendie. En 2005, seulement 30 de ces hôpitaux avaient un appui quelconque et 23 étaient sans médecin. Il y a 32 centres de santé de référence, 200 centres de santé, 151 postes de santé, 1 laboratoire provincial délabré et en abandon.

Les ressources humaines posent problème : 73 médecins en 2005. Certains sont dans des organismes des Nations unies pour des tâches administratives, d'autres ont été élus députés, d'autres encore ont quitté la province. Parmi eux 6 spécialistes, 5 en santé publique, 1 pédiatre qui n'est pas opérationnel car il est le directeur d'une université.

On compte 379 infirmiers qualifiés, 6 techniciens de laboratoire.

La situation sanitaire est caractérisée par un **taux élevé de morbidité-mortalité** du, par ordre décroissant, aux pathologies suivantes : paludisme ; anémie ; diarrhée non sanglante ; méningite ; infections respiratoires aiguës, malnutrition protéino-énergétique, VIH/sida ; infections néo-natales; un **taux** élevé de morbidité-mortalité infantile par des maladies évitables au moyen de la vaccination, un **taux** élevé de la mortalité maternelle liée à l'accouchement, une forte prévalence de la trypanosomiase dans le district de l'Equateur, de la filariose dans la Tshuapa et de l'onchocercose au Nord-Ubangi.

La progression de l'infection à VIH/Sida est inquiétante. La malnutrition est élevée.

Il y a aussi une persistance des foyers actifs de lèpre-tuberculose, et une éruption des épidémies de rougeole, monkey pox et coqueluche presque chaque année.

Les causes de la précarité de la situation sanitaire :

- délabrement d'environ 48 % (436/902) des infrastructures sanitaires
- insuffisance de l'effectif des médecins, d'infirmiers qualifiés et de techniciens de laboratoire par rapport au nombre de zones de santé qui est récemment passé de 34 à 69

- faible formation du personnel en soins de santé primaire
- approvisionnement difficile en médicaments essentiels : il n'y a même pas un dépôt pharmaceutique dans la province.
- insuffisance de matériel de chaîne de froid
- faible couverture vaccinale
- insuffisance des moyens de riposte rapide et efficace aux épidémies et catastrophes
- inexistence des moyens de communication avec les zones de santé

A cela s'ajoute le retrait de certaines structures d'appui comme MSF/Belgique, MEMISA, COOPI et la fin des programmes Santé Rurale (SANRU) III et SANRU IV, ce qui a donné comme un coup de grâce à cette population.

J'en viens maintenant à la question qui nous préoccupe : **comment réorienter les activités des ONG locales vers des projets de développement à long terme ?**

La précarité a suscité, au plan local, des initiatives d'auto promotion à travers le pays, ce qui est positif en termes de prise de conscience par les citoyens de leur situation et de la nécessité de se prendre en charge en engageant, dans le cadre associatif, une lutte pour s'en sortir.

Le Document de **Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (DSCR)** que la RDC vient d'élaborer a fait de l'appui à la dynamique communautaire le cinquième de ses piliers stratégiques. Objectif : associer ces initiatives à la planification et parvenir à une mise en œuvre décentralisée de la stratégie de lutte contre la pauvreté. En d'autres termes, il faudrait que la dynamique communautaire, et les ONG locales notamment, contribuent effectivement, grâce à un professionnalisme avéré, à la réduction de la pauvreté et à la croissance.

D'où la question de savoir si les ONG locales sont prêtes pour jouer un rôle si délicat qui leur est ainsi réservé. La réponse est à trouver dans leur physionomie que je vais essayer de brosser.

Les ONG locales, en tant que structures de proximité, constituent un potentiel non négligeable de réponse à la pauvreté. Leur nombre de plus en plus croissant est un atout en soi : environ 4.000 ONG dans le pays (chiffre à prendre avec réserve) ; mais **environ**

650 ONG membres au sein la plate-forme CNONGD (Conseil National des Organisations Non Gouvernementales de Développement) présente dans les 11 provinces que compte la RDC.

Malgré cette présence importante, des questions se posent cependant quant à la visibilité et la durabilité, disons l'impact des interventions de bien d'ONG. Donc, un doute plane sur la capacité des ONG locales à réaliser l'amélioration effective et durable des conditions de vie des populations. Pourquoi ?

Les causes possibles de la faible performance des ONG locales sont à trouver dans :

- l'absence d'une problématique claire à la base de la création de certaines ONG
- le manque des ressources humaines compétentes à temps plein
- la faible capacité en matière de planification stratégique et opérationnelle
- la faible organisation administrative
- l'insuffisance des ressources financières et matérielles
- la non reconnaissance juridique de certaines ONG qui ne leur permet pas d'accéder aux financements disponibles

Comment réorienter les activités des ONG locales vers des projets de développement durables ? Il faut renforcer **les capacités institutionnelles et opérationnelles de ces structures**. Cela passe, pour ne citer que quelques pistes, par :

- l'acquisition des compétences internes en explorant la piste du volontariat et en assurant des formations
- la création de la viabilité financière et technique des ONG locales grâce aux activités génératrices de revenu à initier ou à renforcer et aux appuis institutionnels des partenaires à rechercher.

En conclusion, **sortir les ONG locales de la RDC du seul niveau « des micro projets ponctuels » vers des programmes de développement à long terme** est un objectif pertinent. Pour y parvenir, une des pistes est le **renforcement des capacités institutionnelles et opérationnelles**. Sans anticiper sur ce que donnerait une évaluation des besoins en renforcement des capacités à initier auprès des organisations concernées, il

faudrait au moins s'assurer que les ONG locales sont bien structurées et disposent des ressources humaines capables d'analyser le contexte, d'élaborer et de mettre en œuvre un programme de développement et d'en faire un suivi-évaluation ; qu'elles sont à même de mobiliser les moyens matériels et financiers de leurs politiques et d'en assurer une gestion saine et transparente.

En cette matière, **le rôle de l'Etat est déterminant pour appuyer cette dynamique communautaire**, ce qui se trouve être l'un des cinq piliers contenus dans le Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté (DSRP) de la RDC. Ce serait concrétiser l'engagement déjà pris par l'Etat congolais, dans la loi 004 du 20 juillet 2001 relative aux ONG, d'appuyer les ONG dans l'accomplissement de leur mission en faveur du développement socio-économique du pays.

La coopération internationale au développement, notamment la coopération

Mme Géraldine ANSART, programme MIDA-Grands Lacs, OIM, bureau de Bruxelles

Merci. Nous avons été invités à parler du rôle de la diaspora dans le renforcement des structures de santé en RDC. Je représente l'OIM. Sefu Papa KAWAYA est au Ministère du Travail et de la Prévoyance Sociale en RDC et notre partenaire local de mise en place de ce programme MIDA-Grands Lacs. MIDA pour Migration pour le Développement en Afrique. Je vais faire une introduction sur cette thématique de migration et de développement. Je laisserai ensuite la parole à Sefu qui parlera plus concrètement des activités que nous menons au Congo.

Quand on parle de migration et de développement, de quoi parle-t-on ?

D'abord des **diasporas**. Il s'agit des communautés transnationales qui gardent des contacts avec leur pays d'origine. Pour ce qui est de la diaspora congolaise en Belgique, en 2005, elle est estimée à 80 000 personnes. Les raisons de l'expatriation sont multiples : la plupart du temps, les gens viennent faire des études pour des raisons de débouchés économiques, ou de crise politique. Les 2/3 de la diaspora qualifiée congolaise sont des anciens étudiants venus se spécialiser. Les effets sont dévastateurs, notamment dans le domaine de la santé avec ce phénomène d'exode des compétences et qui nous amène

indirecte, par ses divers appuis, contribuerait, sans conteste, à améliorer les capacités d'intervention des ONG locales, de sorte que les partenaires extérieurs qui comptent opérer dans le pays trouvent, sur le terrain, des répondants valables qui peuvent travailler avec eux mais aussi prendre le relais après le désengagement. Je vous remercie.

M. Julius COLES

Merci pour ce discours sur les ONG locales et les capacités locales. J'espère que nous pourrons avoir dans la discussion des échanges sur le rôle des ONG internationales avec les ONG locales. On va se tourner vers l'Organisation Internationale des Migrations : Mme Géraldine ANSART, M. Sefu Papa KAWAYA, pour le programme MIDA-Grands Lacs.

à avoir en RDC : 10 médecins pour 100 000 habitants contre 320 dans les pays développés (chiffres OMS 2004).

L'exode des compétences est au cœur de ce cercle vicieux de non développement. Il place cette fuite des cerveaux comme conséquence du non développement et ensuite comme une cause.

De quelles ressources parle-t-on quand on parle de mobiliser les ressources des diasporas ?

- d'abord **le capital humain** (niveau d'éducation, de formation, de compétences, de connaissances et de savoir faire). Les migrants venant d'Afrique et vivant en Europe ont en général une formation scolaire trois fois plus longue que les citoyens africains
- ensuite **le capital social** (réseaux sociaux : familles, parents, amis, liens avec les collectivités locales et les institutions du pays accueil)
- **le capital affectif** : les sentiments de responsabilité voir de culpabilité que l'expatrié a envers son pays d'origine et l'intérêt qu'il a pour contribuer à son développement

- **le capital financier** : les transferts de fonds, représentent des sommes assez énormes. La banque centrale congolaise estimait en 2005 les fonds entrant au Congo à hauteur d'environ \$97 millions. Il s'agit des fonds officiels qui ne tiennent pas compte des fonds informels, sans doute beaucoup plus importants.
- Enfin, **le capital local**, c'est-à-dire les liens privilégiés que des migrants auront avec leur région d'origine. C'est souvent les régions dont on émigre le plus qui sont ainsi les plus développées à cause de ces réseaux régionaux.

Comment mobiliser ces ressources multiples et énormes ?

Il faut voir cela à 3 niveaux :

- **dans le pays d'accueil** : il est important que les gouvernements impliquent la diaspora dans l'élaboration des politiques de développement. Ca commence à être fait petit à petit. C'est quelque chose que l'OIM essaie de promouvoir, en tous cas au niveau de ses états membres.
- **pour les pays d'origine** et notamment le Congo, il est important qu'au niveau institutionnel, les Etats reconnaissent le rôle de leur diaspora dans le développement du pays. Au Congo, on est arrivé à des résultats positifs puisque dans le dernier Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté, la migration et notamment le programme MIDA ont été insérés et le gouvernement reconnaît cette thématique comme essentielle. Nous allons essayer d'élaborer avec les autorités un programme national de Migration et développement. C'est un signe positif pour la diaspora congolaise en général.
- Enfin **au niveau de la diaspora** elle-même, il est important d'avoir des réseaux plus structurés. En Belgique, on comptait en 2004 plus de 80 associations de la diaspora congolaise. Cet éparpillement ne permet pas forcément à la diaspora de faire entendre sa voix quand il

s'agit de chercher des financements et de s'impliquer davantage dans le développement de son pays.

La prise en compte de ce concept de migration et développement au niveau politique est **assez récente**. C'est seulement à partir de 2000-2001 que les Etats africains ont vraiment décidé d'introduire la diaspora comme un élément fondamental de leur politique de développement.

Les Nations unies et l'Union européenne ont pris le relais très récemment en 2005 avec une communication importante de la Commission européenne. Il y a eu aussi à l'Assemblée générale des Nations unies en septembre 2006 le Dialogue de haut niveau sur la migration et le développement.

A propos du programme MIDA Grands Lacs :

- trois pays cibles (RDC, Burundi, Rwanda) ;
- un financement de la coopération belge ;
- une phase III (2006-2008) en cours ;
- les structures de mise en œuvre : OIM, les Ministères du travail dans les 3 pays et les associations de diasporas avec lesquelles on essaie de travailler, le plus étroitement possible à une appropriation du programme par les intéressés ;
- les mécanismes en place :
 - dans le pays d'origine : une identification des besoins locaux,
 - dans le pays d'accueil : l'enregistrement des disponibilités des experts (on compte aujourd'hui 1200 experts inscrits dont 70% d'origine congolaise, 1 sur 3 professionnels de santé),
- 3 formes d'intervention :
 - les transferts physiques (tout ce qui concerne les missions de courte ou moyenne durée d'experts dans le pays)
 - les transferts virtuels (cours à distance)
 - les transferts de fonds, en essayant de les orienter vers des projets communautaires.

M. Sefu Papa KAWAYA, programme MIDA Grands Lacs, RDC

Je vais enchaîner avec les éléments du terrain. Le programme MIDA-Grands Lacs est une priorité dans l'appui au système de santé en RDC.

En RDC, on a tenu compte du Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté pour être en conformité avec le programme national. C'est ainsi qu'au niveau du programme MIDA, **les grandes priorités sont la santé, l'éducation et le développement rural.**

En ce qui concerne la santé, il y a d'abord l'identification des besoins locaux.

Nous travaillons en collaboration parfaite avec le Ministère de la Santé qui a désigné un point focal au sein de ce ministère pour identifier tous les besoins de ce secteur. Nous travaillons aussi avec les organisations de structuration sociale, des ONG qui travaillent dans ce secteur. En accord avec le ministère, on a également décidé d'avoir des réunions régulières pour harmoniser les points de vue.

Il y a également la sélection des professionnels de la diaspora.

D'abord une base de données MIDA est gérée depuis Bruxelles sur l'ensemble de l'Union européenne.

Sur le terrain, nous localisons les besoins au sein des différentes structures.

Bruxelles met en rapport ces besoins avec des membres de la diaspora. Nous recevons les candidatures pré-sélectionnées que nous présentons aux structures locales demandeuses qui choisissent elles-mêmes.

En ce qui concerne l'appui du secteur santé au Congo, il y a eu

- des missions de courte durée de professeurs dans différentes universités,
- le développement de l'enseignement à distance : nous avons commencé à l'université de Lubumbashi des cours d'anesthésie à distance,
- nous avons reçu des experts au Programme National de Lutte contre

le Sida (PNLS) à Kinshasa, à Kananga,

- nous avons reçu deux missions au Conseil National des ONG de la Santé (CNOS), (cette mission a débouché sur la mise en place d'un autre projet en discussion)
- un expert est allé à l'hôpital général de Kananga ainsi qu'à l'université de Kasayi.

Les résultats :

Depuis octobre 2005, 8 institutions ont été soutenues dans le secteur de la santé grâce à l'organisation de 15 missions de professionnels issus de la diaspora.

Sur le plan qualitatif, il y a eu une pérennité des liens après les missions. Il y a un suivi à distance des experts qui rentrent et qui continuent à suivre sur le terrain les différentes missions.

Je terminerai en parlant des priorités :

Elles cadrent pour le moment avec une coordination accrue avec le Ministère de la Santé. Nous comptons organiser 25 missions d'experts santé RDC pour la phase 3 qui a commencé.

Nous voudrions soutenir une zone de santé grâce à un partenariat pilote avec un hôpital belge.

Développement de nouveaux cours à distance dans le secteur de la santé.

Et enfin, et là nous nous adressons au Ministère de la Santé, il y a une nécessité d'améliorations structurelles notables en terme d'infrastructures, d'équipements, de formations, de politique salariale, de gestion des structures de santé etc.

Je vous remercie.

M. Julius COLES

Merci beaucoup. Avant la discussion avec la salle, je laisse la parole aux discutants. Véronique AUBERT puis Georges TSHIONA MATA.

Discutante : Véronique AUBERT, chercheuse RDC pour Amnesty International, Londres

Aujourd'hui on a pu entendre une description très claire des complexités multiples en RDC, de l'Etat affaibli du système de santé. Je trouve très positif que l'on finisse sur ce qui

existe aujourd'hui. A savoir les capacités locales, qu'elles soient au niveau des communautés ou des ONG et des associations. On a entendu plus tôt le

Ministère de la Santé nous présenter la stratégie qui va être mise en place pour la réhabilitation du système de santé. Mais il me semble très important de souligner le **rôle que les capacités locales jouent à l'heure actuelle dans le pays.**

Tout d'abord la **sensibilisation de la population** sur des questions de prévention, comme nous l'a présenté José, sur des questions d'hygiène, de santé, de reproduction malaria, virus HIV...

Ensuite **l'orientation des malades.** Ce sont, dans bien des régions du pays, les ONG locales et les associations dont parlait Jean-Pierre qui sont chargées d'accompagner les

malades de la communauté, de les transporter souvent sur des distances incroyables. Elles se retrouvent souvent avec la responsabilité de couvrir les coûts de la santé et des prestations médicales dont on a longuement parlé cet après midi.

Ces acteurs locaux, qui sont en quelque sorte les intermédiaires entre le malade et le système de santé, ont un rôle essentiel.

Je propose que l'on s'interroge sur **comment intégrer et appuyer ce formidable potentiel humain congolais que l'on a aujourd'hui au pays.**

Discutant : Georges TSHIONA MATA, secrétaire général du SERACOB

J'aimerais en tant que membre du comité technique national qui a élaboré la **Stratégie nationale pour la réduction de la pauvreté**, situer un peu ce colloque comme une contribution au cadre général de cette stratégie.

Je dois relever ici 3 acquis importants de ce colloque.

Premier acquis, c'est qu'effectivement il prend en compte **la première des préoccupations de la population congolaise.** Lorsque nous avons mené l'analyse qualitative de la pauvreté qui a impliqué 35 000 congolais et congolaises à travers le pays, la première préoccupation de la population était la difficulté d'accès aux services sociaux de base de qualité. Ici se situe le problème d'accès à la santé : aux médecins, aux infrastructures socio-sanitaires. Cela correspond donc à une demande sociale qui est revenu au travers des consultations au même titre que d'autres questions à la fois tangibles et non tangibles. Elles montrent que lorsqu'on aborde la santé, il ne faut pas oublier non plus la question de l'éducation, de l'accès à l'eau potable, des revenus mais aussi de l'insécurité et de la mauvaise gouvernance.

Deuxième acquis, ce colloque se situe dans **une stratégie globale d'approche multisectorielle :**

- quand on aborde la question de la santé, il faut la resituer dans la refondation de l'Etat par l'amélioration de la gouvernance politique, judiciaire, économique, sanitaire et sociale ;

- on ne peut pas parler de la croissance économique sans savoir qu'on a une population en mesure de travailler. C'est la force de travail qui peut produire la richesse à travers le pays. La santé se situe également dans cette logique là ;
- l'amélioration des services sociaux de base, dans lesquels il faut voir la santé mais aussi l'éducation, l'habitat, l'accès à l'eau potable, l'électricité. Quand on a fait l'analyse qualitative, 90% des Congolais sont pauvres. Parmi eux, 30% sont pauvres mais stables, 57% pauvres mais fragiles et 3% complètement démunis soit 1,8 millions de Congolais. Il faut tenir compte de ces éléments dans les stratégies.

Le troisième acquis est la vision qu'il faut donner à ce secteur santé. C'est une question qui a été posée par le député tout à l'heure : **comment faire en sorte que les actions arrivent vers la population ?** On a vu avec les résultats de notre étude sur la pauvreté qu'il y a eu croissance économique dans le pays mais cette croissance n'a pas du tout touché la population. C'est une des causes de la sanction des dirigeants qui fait qu'aucun parti au pouvoir n'a pu avoir la majorité à l'Assemblée nationale. Trois aspects pour que les programmes arrivent à la population :

- il faut monter des programmes destinés aux pauvres, donc améliorer la qualité de revenu des gens. Les gens s'attendent à se prendre en charge d'une manière ou d'une autre ;
- accompagner la création des initiatives du secteur informel vers un

secteur coopératif viable. Avec l'OIT, un programme va se faire en ce sens ;

- renforcer les capacités et mettre à contribution toutes ces énergies congolaises qui sont à l'extérieur pour développer ce système.

La question reste aussi **comment monter un système qui tienne compte à la fois du milieu urbain et du milieu rural.**

Merci.

Questions de la salle

- Bonjour. J'ai entendu beaucoup de satisfaction par rapport à l'organisation du forum d'aujourd'hui. Je regrette qu'il n'y ait pas suffisamment de Congolais. Dans la couronne parisienne, il y a au moins 50 médecins dont plus de la moitié sont des médecins spécialisés. J'insiste de nouveau très fort : impliquez la diaspora congolaise à l'extérieur ! Quand je prends l'exemple des transferts de fonds qui vont au Congo, il y a plus de 100 millions qui sont envoyés régulièrement, et pas seulement des universitaires. En ce moment au Congo il y a des mutuelles qui veulent se former et qui se posent la question de comment recouvrer l'argent. Le montant de \$3 par mois et par personne est un montant ridicule pour les Congolais de l'étranger. La plupart des fonds envoyés au Congo actuellement sont envoyés pour des raisons de santé. **Associez la diaspora !** J'encourage le programme MIDA et remercie Médecins du Monde d'avoir organisé ce colloque. Mais vous pouvez faire beaucoup mieux.

- Michel Galy. J'ai entendu pour la première fois ce soir le terme de tradipraticien. A mon sens d'anthropologue, il me semble qu'il y a partout des médecines locales. Il m'a semblé que c'était dans le temps la politique de l'OMS de les valoriser. Je voudrais savoir du côté de Médecins du Monde si vous avez des programmes de collaboration avec des **tradipraticiens**, des guérisseurs, des sages femmes, si vous y pensez notamment pour la santé mentale et si l'Etat congolais et les bailleurs ont des actions en ce sens. Peut être que quelqu'un s'intéresse à la réalité de la médecine locale, notamment pour les Congolais pauvres.

- Bonjour. Je suis enseignant et chercheur et président d'une association au Sud Kivu : Action pour le développement des paysans déshérités. Ma question va vers la personne qui a dit que les Congolais ne peuvent pas

accéder gratuitement aux soins médicaux. C'est faux. Le fait de comparer le Congo avec Madagascar n'est pas une réalité. Le pays est riche. Il y a beaucoup de gens de bonne volonté et des bailleurs sur place qui peuvent faire en sorte que les Congolais les plus pauvres aient un accès gratuit aux soins médicaux. Quand on voit les chiffres évoqués par ECHO, c'est famineux comparé aux résultats observés sur le terrain. En RDC, presque toutes les ONG ont un programme consistant en matière de santé. Il y a une contradiction. **Est-ce que les Congolais sont réellement bénéficiaires des aides humanitaires ?** Quand on voit un centre de santé et à côté de toilettes en paille à Kisangani, on se demande où vont les fonds que met la communauté internationale pour l'accès aux soins de santé ?

- Bonjour. Je suis responsable d'une ONG nommée Promotion sociale et développement en Afrique. Je suis issu de la diaspora. J'ai œuvré dans ce pays pendant plus de 30 ans comme ingénieur en chef, notamment chez Marcel Dassault. Je suis expert dans le domaine des nouvelles technologies de l'information et communication. Depuis plus de 5 ans, l'ONG que j'ai créé est à pied d'œuvre au Congo notamment dans le domaine de la télémédecine et la téléformation. J'ai perdu énormément de « plumes » sur le terrain d'accès difficile et je dirais hostile aux meneurs de projets. Le peu de temps que nous avons œuvré pour lancer notre programme pilote, nous avons souffert énormément d'une **mauvaise volonté ou plutôt de l'absence quasi-totale de partenaire de la RDC en France.** Je dirais même plus, de l'Europe. Pendant une année, nous avons frappé à la porte des organismes dans le domaine de la santé et de l'enseignement à distance. Faute de réponse, nous nous sommes tournés vers les Etats-Unis où nous avons été accueillis à bras ouverts. Si bien que mon ONG travaille notamment avec la Harvard Medical School et d'autres institutions aux Etats-Unis. Nous avons lancé notre projet pilote depuis 2 ans, soutenus par le ministère de la Santé congolais. Je regrette fort que les initiatives prises dans ce pays, la France, par quelqu'un issu de la diaspora n'aient pas été soutenues. Les difficultés que nous avons rencontrées sur le terrain auraient pu servir aux uns et aux autres. Mais faute de temps, ce partage d'expérience ne peut avoir lieu dans le cadre de ce colloque.

Mme Anne-Marie MAMBOMBE MANKOY

Je voudrais revenir sur la gratuité des soins qu'a évoqué Monsieur. Quand on parle de gratuité des soins, je voudrais qu'on se demande si c'est vraiment gratuit ou si quelqu'un prend en charge cette gratuité. Sous l'époque coloniale, on dit que c'était gratuit mais ça ne l'était pas puisque l'impôt soutenait cette gratuité là. Donc quelque part quelqu'un payait pour que les gens puissent accéder aux soins de santé. Après l'indépendance, on a demandé aux gens d'aller se faire soigner gratuitement. Aujourd'hui les entreprises sont essouffées car elles ne peuvent plus continuer à prendre à 100% la charge des travailleurs qui sont dans leurs entreprises. L'Etat n'est plus capable de soutenir cela. **La meilleure façon de permettre aux gens d'accéder aux soins de santé, c'est la combinaison des efforts entre l'Etat et la population.** Même si la population donne un franc, je préfère qu'elle donne sa part. Gratuité veut dire que quelqu'un a payé et le plus souvent c'est la solidarité internationale. Nous avons vécu en 1990 l'arrêt brutal de la coopération internationale. Certaines structures médicales n'ont pas remonté la pente depuis ce temps là. La gratuité n'est donc pas toujours une bonne chose. Je reconnais qu'il y a la catégorie des indigents. Ceux là ne sont pas capables de contribuer. Et même quand on met en place une mutuelle de santé, elle vit de la cotisation de ses membres. Les indigents ne sont pas capables de payer. C'est donc la responsabilité de l'Etat de s'occuper de cette population là.

Les mutuelles, c'est vrai, pourraient être une bonne solution par rapport à la diaspora congolaise à l'étranger. Ces gens sont « rançonnés » par ceux qui restent au pays, qui se disent malades et demandent des montants énormes. Mais il y a aussi des mutuelles qui sont en train de rançonner la diaspora congolaise de l'étranger. Les montants de cotisation sont énormes. Alors **qu'au pays, une mutuelle bien organisée ne demanderait pas beaucoup**, surtout avec la politique de soins primaires instaurée par le Ministère de la Santé.

A propos des **tradipraticiens**, on est en train d'organiser des **colloques pour voir ce qu'ils ont de bien à apporter à la médecine**. Les Congolais savent que certaines maladies ne

sont soignées que par les médecines locales. C'est l'encadrement de ces gens qui pourra apporter quelque chose à la médecine moderne. Mais il y a aussi des charlatans. C'est pour cela aussi qu'on déconseille à la population d'aller vers ces personnes. L'auto médication est aussi un problème. Certaines personnes deviennent tradipraticiennes pour elles mêmes. Nous ne connaissons pas la cause, la cure, nous nous arrêtons en cours de route. Nous développons des résistances. Cela pose des problèmes.

M. Jean-Pierre MWAKATITA KOKONIS

La dernière personne a exprimé ses difficultés comme ONG pour accéder aux financements. C'est une question réelle qui se pose aux ONG locales. C'est une des causes des faibles performances de ces ONG à contribuer au développement durable. Si vous êtes ici, proches de bailleurs de fonds et avez des difficultés à accéder aux financements, à plus forte raison les ONG congolaises parfois dans les territoires inaccessibles, n'ont même pas l'information, et ne savent pas auprès de qui introduire leur projet. C'est une problématique réelle pour permettre aux ONG locales de contribuer à des projets durables.

Mais faute de **financement** extérieur, est-ce qu'on ne peut pas développer d'autres stratégies ? J'ai parlé des **activités génératrices de revenus à initier**. Quelques ONG locales essaient d'oeuvrer dans ce secteur.

M. Julius COLES

Je veux remercier Médecins du Monde pour avoir invité toutes ces personnes à participer à cette discussion formidable. On a eu un très bon échange. On va maintenant donner la parole à Pierre MICHELETTI, Président de Médecins du Monde, pour conclure cette journée.

RECOMMANDATIONS ET CLOTURE

Pierre MICHELETTI, président de *Médecins du Monde*

Je vais essayer de reprendre les trois thèmes que nous avons abordés, c'est-à-dire : la situation politique, la situation sanitaire et les perspectives d'action, en les prenant à rebours.

L'impression générale qui se dégage de cette journée est qu'elle n'aura pas été un hymne à un néo-libéralisme débridé. **La place et les responsabilités de l'Etat ont été en permanence soulignées, réaffirmées et réinterpellées** même si tout le monde a eu l'occasion de dire que naturellement, cela n'était pas le seul acteur. Le dernier atelier sur la place des communautés en témoigne.

Sur les perspectives de travail, je vais reprendre quelques éléments cités par Hyppolite pour le compte du **ministère de la Santé**. Il a fait une intervention à la fois **réaliste et optimiste**. Réaliste parce que j'ai beaucoup aimé quand il a précisé que dans ce pays continent qui fait 5 fois la France et 60 millions d'habitants, on ne peut pas généraliser ou pointer des mécanismes qui soient absolument ubiquitaires sur son territoire. Optimiste parce que sa réponse concernant la nécessité de rester calés sur une politique nationale de santé nonobstant les perspectives du vote prochain, fait le pari que quoi qu'il sorte des urnes, personne ne remettra en cause un certain nombre de fondamentaux dont son attachement à la santé. Cela fait du bien d'entendre quelqu'un dans ce pays qui ne s'inscrit pas dans une logique de scénario catastrophe avant même le résultat des élections.

En ce qui concerne les positions exprimées par **les financeurs internationaux**, l'impression qui se dégage est qu'eux-mêmes reconnaissent pleinement la part que doivent jouer les différents acteurs qui sont intervenus et qu'ils semblent prêts à aller dans le même sens qu'eux.

Je rappellerai les **réalités sanitaires du pays** : Sur les réalités de **santé** à proprement parler : une mortalité évitable de 4 millions de personnes lors des derniers conflits, les problèmes autour de la mortalité maternelle et de la santé néo natale avec ces exemples terribles de femmes portant « l'enfant de l'ennemi » avec toutes la symbolique que ça

peut avoir, la problématique des enfants aussi : 15 000 enfants soldats, un taux de mortalité important, une malnutrition aux chiffres assez extraordinaires, la place du VIH et la violence qui sévit parmi les enfants de la rue avec des critères d'analyse très concrets et simples, en étudiant les registres de consultation de ces enfants de la rue et mesurant la part des traumatismes et des blessures qui témoignent de cette violence.

Les problèmes qui concernent plutôt l'organisation du **système de santé** : nous avons eu une démonstration assez remarquable autour de la question de pénurie du personnel. J'espère qu'on saura à *Médecins du Monde* se saisir de la question et de la personne qui l'a portée pour illustrer ce chantier puisque c'est en chantier sur lequel nous travaillons nous-mêmes. Ce personnel qui est en fuite ou décédé durant les violences. Ce déséquilibre ville/campagne avec ces chiffres éloquentes : Kinshasa : 10% de la population locale, 50% du nombre total des médecins du pays. Quand on a dit ça on a pas mal résumé les choses surtout quand on rappelle la taille de ce pays.

Le problème de la qualité de la formation et l'autre formule qui a été utilisée, celle de « pirate chirurgien ». Elle en dit assez long sur la question des niveaux et des limites de compétences.

Le problème des transports. Le Maniema : 1,8 millions d'habitants, pas d'ambulance. Tout est dit.

Les **financements** ont donné lieu à beaucoup de débats qu'on n'a pas tranché mais on l'a dit ce matin, sur la question du recouvrement des coûts, comme celle des tradipraticiens, on n'est pas dogmatique. C'est une question qui pose problème. C'est pourquoi il était important qu'un Congolais vivant sur place nous dise que la réalité locale empêchait d'avoir une position monolithique sur la question.

La **médecine traditionnelle** : les interventions ont été aussi nuancées. Certains ont parlé ce matin de pratiques nocives et cet après midi on a entendu des interpellations plus positives sur ces questions et la question au sens large de l'accessibilité aux soins dans ce pays.

Une impression forte et sans aucun parti pris de la part de quelqu'un qui parle au nom d'une ONG : on peut remettre en cause le contenu de ce plan, l'effectivité des moyens financiers qui lui sont attribués, comme dans toute politique publique mais le sentiment qui se dégage au niveau du ministère de la Santé est qu'**il y a un pilote dans l'avion et un plan de travail.**

Des postures de politiques institutionnelles nationales et internationales, des problématiques de santé qui ont été rappelées, tout ça dans un contexte social et politique qui a été évoqué ce matin. Quelques éléments saillants évoqués : cette courbe absolument éloquente de la dégradation du PIB depuis des années, le déficit des mobilisations sociales et, comme dans beaucoup de pays africains, à cause de l'instrumentalisation qu'en font parfois certains hommes politiques, une lecture ethnique ou géographique de la question politique. Dans une grande mesure, les résultats des premiers tours de l'élection présidentielle ont montré que cette lecture était omniprésente et/ou instrumentalisée.

La théorie du complot qui a été évoquée ce matin avec l'évocation d'un « régime de paille » manipulé par la communauté étrangère.

Des choses plus positives avec l'émergence de nouvelles générations politiques qui sortent des clivages traditionnels que connaissait le pays et qui sont plutôt un gage d'optimisme.

Enfin, et j'en terminerai là, sur la question politique, une paix qui n'est pas stabilisée et un risque de violences qui peut repartir. C'est un des équilibres difficiles à trouver dans ce pays. C'est aussi un des équilibres que nous avons vécu tout au long de cette journée : à la fois en filigrane, nous avons eu la réaffirmation constante du rôle de l'Etat et des politiques publiques. Affirmer ça, c'est faire le pari qu'il y a un Etat en construction et que cela va finir par pouvoir se structurer. Mais en permanence aussi, nous avons pointé le fait que pour que l'Etat puisse se construire, il faut une stabilité politique et sociale. Beaucoup d'interlocuteurs ont pointé qu'on ne sait pas ce qui peut arriver dans les semaines qui viennent autour des questions politiques.

Voilà la polarité de la journée d'aujourd'hui sur à la fois **le rôle de l'Etat et les inquiétudes politiques.**

En guise de conclusion, je n'ai pas de recommandation particulière. Nous nous étions positionnés plutôt comme des **facilitateurs du débat** et des catalyseurs. Celle que je pourrais

faire est que les différents protagonistes auxquels nous appartenons cherchent à résoudre les problèmes qui ont été évoqués et dont j'ai re-cité quelques uns.

Au niveau sanitaire, en faisant abstraction de la complexité politique, tous les paramètres de l'équation sont connus. Face à cela, personne ne peut faire seul : ni l'Etat, ni les communautés, ni les ONG, ni la communauté internationale. Il n'était donc pas inintéressant, à travers la journée d'aujourd'hui de réunir tout ce monde pour que nous puissions, à travers le rapprochement, le croisement des opinions, mutualiser ou en tous cas se parler pour essayer de faire ensemble puisqu'on a fait le constat qu'**on ne peut pas faire autrement qu'ensemble.**

Je vous remercie d'avoir tenu le coup durant cette longue journée de travail.

L'esprit qui a présidé à l'organisation de cette journée aurait pu se résumer sous la formule « N'oublions pas la République démocratique du Congo ». Le slogan reste d'actualité. Restons attentifs à l'évolution politique des prochaines semaines. Merci à tous.

KASIK

SERVICES
consultation Curative

C.P.S. Mercredi

C.P.N. Samedi



Laboratoire - Maternité - Hospitalis

NOUS SOIGNONS CEUX QUE LE MONDE OUBLIE PEU À PEU.
www.medecinsdumonde.org

